

لويس ولبرت

الحزن الخبيث

تشريح الاكتئاب

ترجمة: عبلة عودة



مكتبة
مؤمن قريش
لو وضع إيمان أبي طالب في كفة ميزان وإيمان هذا الخلق
في الكفة الأخرى لرجح إيمانه .
الإمام الصادق (ع)
moamenquraish.blogspot.com

لويس ولبرت

الحزن الخبيث

تشريح الاكتئاب

ترجمة: عبلة عودة

مراجعة: د. أحمد خريس

الطبعة الأولى 1435هـ 2014م

RC537 .W6512 2014

Wolpert, L. (Lewis)

[Malignant sadness]

الحزن الخبيث: تشريح الاكتئاب/ تأليف لويس ولبرت؛ ترجمة عبلة عودة؛ مراجعة د. أحمد خريس.- أبوظبي: هيئة أبوظبي للثقافة والسياحة، كلمة، 2014.

ص. 328 ؛ 19,7×12,7 سم.

ترجمة كتاب: Malignant sadness : The Anatomy of Depression

تدمك: 978-9948-17-368-7

1-الاكتئاب.

أ- عودة، عبلة. ب- خريس، أحمد.

يتضمن هذا الكتاب ترجمة الأصل الإنجليزي:

Lewis Wolpert

Malignant Sadness: The Anatomy of Depression



www.kalima.ae

ص.ب: 2380 أبوظبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف: 300 6215 2 971+ فاكس: 127 6433 2 971+

هيئة أبوظبي للسياحة والثقافة
ABU DHABI TOURISM & CULTURE AUTHORITY

الحزن الخبيث

شكر وعرفان

لا تفي كلمات الشكر، مهما عظمت، حقَّ كل من ساعدوني على إخراج هذا الكتاب إلى النور. لقد طبعت مورين مالوني المخطوطة الأولى، وقرأها كلٌّ من البروفيسور مارتن راف، والبروفيسور هيو فريمان، وقدَّما عدداً وافراً من الملاحظات القيمة. كما استَمَعَت سينثيا كِي إليَّ وأنا أقرأ كامل المخطوطة الأولى للكتاب، وأسهمت بملاحظاتها في تحسينها. أما دار النشر فقد لعبت، بالقطع، دوراً كبيراً، ولاسيما المدقق جوليان لوس والمحرر روبرت بوتس، ومثلت وكيلة أعمالي آني إنجل، دوماً، خير سند لي. ولن أنسى بطبيعة الحال الجهود المخلصة لزوجتي جيل نيفيل، التي شجعتني على كتابة هذا العمل في المقام الأول. وأخيراً وليس آخراً، فلا بد لي أن أوجه شكري إلى كل الكُتَّاب والمؤلفين، الذين أثْروا علم الاكتئاب بمؤلفاتهم، وأفدت منهم في كتابة هذا الكتاب، وإن لم يتسن لي ذكر أسمائهم فرداً فرداً.

ل.و

المحتويات

تقديم 2001

لطالما أدهشني الانتشار الواسع لمرض الاكتئاب، ولاسيما بعد أن صرحت عن معاناتي منه. فلم ألتق أحداً من الناس، في الغالب الأعم، إلا وكشف لي عن صلة ما جمعته بمرض الاكتئاب، إما عبر قريب أو صديق، أو أن المتحدث نفسَه قد خَبِر هذا النوع من المرض، إذ لا يتحرج من اعتاد التكتم على هذه التجربة من الحديث إليَّ بأريحية تامة، وذلك لعلمهم أني قاسيت من التجربة الرهيبة ذاتها. ويتفق معي الكثير ممن التقيتهم في أن تجربة الاكتئاب الحاد لا تشبه غيرها من التجارب، وأن تعابير مثل «عالم مختلف»، و«تجربة لا يؤديها الوصف»، و«الوقوع في حفرة مظلمة» لا يدرك معناها الحقيقي إلا من مرَّ بتجربة الاكتئاب.

لقد كانت ردود الفعل التي تلقيتها بعد نشري هذا الكتاب مرضية للغاية، وتمثلت في عدد هائل من الرسائل التي وصلتني ممن اطلعوا على الكتاب، بالإضافة إلى لقاءاتي الشخصية مع كثيرين ممن حرصوا على شكري لكتابة تجربتي الشخصية مع الاكتئاب ونشرها، لأن الكتاب ساعدهم في التعامل مع مشكلتهم

الخاصة بهذا المرض. ومن المشجع كذلك، ردود الفعل التي تلقيتها ممن يعتنون بشخص مكتئب، فقد قالوا إن الكتاب ساعدهم في فهم هذا المرض الذي قد يبدو لمن لا يعرفه بعيد المنال وغامضاً. كانت هناك اتصالات أخرى أيضاً من جانب أشخاص طلبوا النصح والمشورة، بيد أني غير مؤهل لإسدائه، لذلك كنت أطلب منهم أن يراجعوا المختصين في أقرب وقت.

لقد حظي الكتاب ببعض المراجعات الجيدة والإيجابية من أشخاص أُكِن لهم تقديراً واحتراماً كبيرين، أما التعليقات السلبية فقد انصبت حول عدم كفاية المعلومات المتعلقة بحياتي الشخصية، فضلاً عما ميز موقفي من عدائية تجاه تفسيرات التحليل النفسي، والتزامي المفرط بالمقاربات البيولوجية وحتى العلمية للمرض.

يُعد الاكتئاب في نظر الكثيرين وصمةً ترادف كل ماهو مشين اجتماعياً، وهذا أمر مقلق دون شك. يبادرني الناس كثيراً بالتهنئة على جرأتي في الحديث علناً عن اكتئابي، وهذا دليل واضح على الوصمة المرتبطة بهذا المرض، ولكن بالنسبة إليَّ فإن الحديث عن الاكتئاب لم يتطلب شجاعة خاصة، فأنا أكتب وأحاضر في الناس كل يوم من خلال عملي، كما أنني أعتقد أن الاكتئاب لا يحمل أي وصمة عار على الإطلاق. ومع ذلك، قد لا تكون تلك الحقيقة كاملة، ذلك أني أفضل، كما سأشرح لاحقاً، الفهم البيولوجي للاكتئاب على الفهم النفسي.

تتبدى وصمة الاكتئاب مشكلة حقيقية لدى الكثيرين، وقد

أخبرني بعضهم أنهم لم يستطيعوا إطلاع أحد على مشكلتهم، مثل إخوتهم، حتى عندما وصلوا إلى حافة الانتحار. وهناك آخرون كانوا مقتنعين أنهم سيفقدون وظائفهم إذا شاع أنهم يعانون من الاكتئاب، وقد نجح بعضهم بالفعل في إخفاء حالتهم عن المحيطين بهم، وهو أمر مدهش بالفعل. ومن هؤلاء، سيدة قابلتها للغداء في أحد الأيام، وقلت لها ملاحظاً: «إنك تبدين جذلى ومرحة» على الرغم مما تقاسينه من اكتئاب، فأخبرتني أنها تعلمت إخفاء اكتئابها عن أقرب المقربين، وكم كان من المفزع لي أن أسمعها وهي تتحدث كيف كان بمقدورها إظهار المرح أمام ابنها، في حين كانت تفكر في الرسالة التي ستتركها له بعد أن تنتحر.

لقد سمعت قصصاً مكرورة عن أشخاص يعانون اكتئاباً حاداً لكنهم يرفضون تجربة الأدوية المضادة للاكتئاب، وذلك بسبب القلق من أن أدوية الاكتئاب قد تؤدي إلى الإدمان عليها، وأنها ربما تؤثر على قدرات متعاطيها الذهنية، فالمحلول الكيميائي يثير، في العادة، شكوكاً لدى الناس، أما نبتة سانت جون فهي أكثر قبولاً لديهم. وبناء على ذلك، فإني على يقين أن عقار «البروزاك» لو نما على الشجر لكان الناس أكثر رغبة في تناوله، وإن بدا ذلك غير عقلاني.

لقد كنت أميل إلى الاعتقاد أن اكتئابي يرجع لأسباب بيولوجية محضة، وأنه أحد الأعراض الجانبية لدواء القلب الذي كنت أستخدمه، وقد ساورتني بعض الشكوك بوجود بعض الأسباب

النفسية، إلا أنني بقيت متمسكاً باعتقادي. ومع أني كنت أعلن دائماً بإصرار أن الاكتئاب لا يحمل وصمة عار، فإنني بتمسكي الشديد بالتفسير البيولوجي لاكتئابي كنت أشعر بالارتياح، لأن هذا التفسير يعني عدم مسؤوليتي عن المرض، تماماً مثل الإصابة بمرض اضطراب الكرب التالي للصدمة، فهو مرض نفسي لا يحمل تشخيصه أي وصمة عار، لأن سبب المرض ظاهر في توصيفه، وهو سبب خارج عن نطاق مسؤولية المصاب، وهذا بالضبط ما كنت أود تأكيده بإصراري على أن اكتئابي عارض جانبي للدواء الذي أستخدمه.

كم كنت مخطئاً. كنت أعرف حق المعرفة أن عودة الاكتئاب لا ينجو منها سوى مريض واحد من بين كل عشرة ممن تعافوا من المرض، وقد ذكرت ذلك في كتابي، غير أنني كنت أظن نفسي محصناً ضد عودة الاكتئاب بعد أن شفيت منه. لقد عاودتني أعراض الاكتئاب بعد أربع سنوات على شفائي منه، وبدأت أشعر أنني على غير ما يرام، لكنني لم أستطع تحديد مشاعري بدقة. كنت في تلك الفترة قد انتهيت من تأليف كتابي هذا، وقمت بتسجيل سلسلة من ثلاث حلقات تلفزيونية حول الموضوع لقناة بي بي سي البريطانية، لذلك عزوت الأعراض إلى الإرهاق الذي شعرت به بسبب ضغط العمل، فيما يشبه كآبة ما بعد الولادة، فذهبت في رحلة إلى جنوب إفريقيا في عطلة عيد الفصح وسار كل شيء على ما يرام. لكن بعد عودتي من هناك بدأتُ أفقد قدرتي على العمل

كالمعتاد، وأصبت، في الوقت ذاته، بالتهاب مزعج في المجاري البولية في شهر يونيو، فظننت أن الالتهاب هو المسبب لحالة الإرهاق التي تنتابني، وأخذت أقنع نفسي بأن الالتهابات تسبب ذلك بالفعل، وعندما بدأت أفقد وزني دون مبرر فكرت أنني قد أكون مصاباً بالسكري أو ربما السرطان، مثلما يفكر أي شخص مصاب بوسواس المرض، فذهبت في رحلة أخرى إلى جزيرة كريت هذه المرة، قضيت معظمها نائماً وفاقداً للحيوية.

كان لديَّ عديد من الالتزامات بعد عودتي من الرحلة، وذهبت في زيارة إلى كراكو في شهر سبتمبر، عدت منها متوتراً ومتعباً، وعاودتني أحاسيس صعبة الوصف من الإحباط ذكرتني بتجربتي المريرة السابقة مع الاكتئاب، فقررت أن أتناول عشبة سانت جون مما جعلني أشعر بالتحسن، وإن صاحب ذلك شعور بالغثيان. وكنت أسافر كثيراً فأشعر بإنهاك شديد، وعاودتني مشاعر تدهور وشيك، فاتصلت باختصاصية العلاج المعرفي، التي ساعدتني في علاج اكتئابي سابقاً، وكان رأيها أنني قلق بشدة بسبب قرب إحالتي إلى التقاعد. كنت أذهب لزيارتها مرة كل أسبوعين، ومنها صباح يوم عيد ميلادي السبعين، وكنت قد أعددت حفلة كبيرة للاحتفال بالمناسبة. وفي اليوم التالي ذهبت إلى هولندا في جولة لإلقاء عدد من المحاضرات، عدت بعدها مرهقاً جداً وبقيت هكذا عدة أيام. ظهرت بعد ذلك مشاكل أخرى، فلقد أدى تضخم البروستاتا إلى استيقاظي المتكرر كل ساعة في أثناء الليل،

وكان لا بد من إجراء عملية جراحية لمعالجة الموضوع، ولا ريب أنها كانت أنباء مزعجة حتى لمن لا يعاني من وسواس المرض.

ظهرت لديَّ اضطرابات في النوم، فكنت أستيقظ مبكراً جداً ولا أستطيع معاودة النوم، وبالنسبة إليَّ كانت تلك إحدى العلامات المؤكدة لإطباق الاكتئاب عليَّ. لاحقاً أصبحتُ أجد صعوبة في النهوض من السرير صباحاً وصعوبة أكبر في البقاء مستيقظاً بعد الظهر، وأخذت حالات القلق تتزايد، فقررت عندها التوقف عن تناول أعشاب سانت جون، وذهبت لزيارة الطبيبة النفسية التي عالجتني من اكتئابي السابق، فكتبت لي وصفة طبية للعودة إلى تناول دواء «زيروكسات»، وهو الدواء الذي عولجت به سابقاً.

استمرت حالتي بالتدهور، ولو كنت كاتباً عظيماً لكان بمقدوري، ربما، أن أصف حالي ومشاعري على نحو أفضل، بيد أن طبيعة هذه المشاعر مختلفة تماماً عن المشاعر المتأتية من الحياة اليومية التي توصف عادة أنها صعبة. بدأت تنتابني حالات من الهلع أشعر فيها ببرودة لاسعة تزحف فوق جلدي، فيزداد قلقي وأحس أنني على وشك الإغماء. كنت أشعر بأن دقات قلبي تتباطأ، لكنني كنت أتحسن عندما أمشي، كما أن أدوية «مانعات بيتا» ساعدتني قليلاً في تجنب هذا الشعور الذي كان يستمر دقائق أحياناً، وساعات أحياناً أخرى. وقفت اختصاصية العلاج المعرفي إلى جانبي، وعلمتني تقنيات خاصة بالتنفس للتعامل مع حالات

الهلع، وكان من الصعب تحديد المحفز لتلك الحالات، وعندما أخبرت معالجتي أنني أعاني من القلق لا من الاكتئاب، لم تقتنع وأصرت على أنني أمر بجولة أخرى من الاكتئاب.

لقد حاولت دائماً ممارسة التمارين الرياضية لأنني كنت أشعر أنها مفيدة في حالات الاكتئاب الخفيف أو الإحباط، وقد جربت لعبة التنس مرة، وأبليت بلاء حسناً مدهشاً شريكي في اللعب مع أنني كنت لا أكاد أقدر على الكلام. كما جربت رياضة الجري، لكنها كانت تنهكني تماماً، وعندما أتمدد لأستريح قليلاً، كنت أدخل في حالة غريبة تشبه النوم، تبدأ أفكاري حينها بمهاجمتي دون أن أتمكن من السيطرة عليها، وبت أخشى أن أصبح مختلاً عقلياً؛ ذلك المصطلح الذي يعد أقل جلباً للعار من كلمة مجنون. لقد دأب الأطباء والمعالجون على طمأنتي بأنني سأشفى بالتأكيد، لكنني لم أصدقهم، ولم تسعفني كذلك تجربتي السابقة مع الاكتئاب، ولم أتعلم منها شيئاً، ولم أدهش عندما نصحني أحد أصدقائي بإعادة قراءة كتابي من جديد.

خلافاً لتجربتي السابقة مع الاكتئاب، لم أفكر بالانتحار هذه المرة، لكنني كنت دائماً أشعر كأنني مصاب بإنفلونزا خفيفة، دون ارتفاع في درجة الحرارة، ولذلك لم أكن أستطيع مواصلة العمل أكثر من سويعات معدودة أشعر بعدها بالإرهاق، وربما كان بعض ما يحدث لي، بما في ذلك الشعور بالغثيان، جزءاً من الأعراض الجانبية لدواء «زيروكسات»، الذي كنت أتناوله في تلك الفترة.

كان عليَّ حضور عدة اجتماعات مهمة في شهري نوفمبر وديسمبر، بالإضافة إلى محاضرة أساسية عليَّ إلقاؤها في ألمانيا، ومشاركة في تنظيم مؤتمر في الجمعية الملكية في لندن، ورحلة إلى البرازيل لإلقاء خمس محاضرات. بدا لي تنفيذ كل ذلك مستحيلاً، فقد كنت لا أكاد أفي بالتزاماتي التدريسية، أما فكرة السفر في حد ذاتها فقد كانت ترعبني وقتئذ، فماذا لو أصبت بإحدى حالات الهلع في أثناء الرحلة؟ واضطررت إلى إلغاء كل الاجتماعات، ومازلت حتى اليوم أشعر بالخيبة لأنني خذلت كثيراً من الناس آنذاك، لكنني لا أذكر الآن بالضبط طبيعة المشاعر التي سيطرت عليَّ ومنعتني من الذهاب، وقد مثل ذلك جانباً من جوانب الاكتئاب الغريبة.

مررت بأيام لا أقوى فيها على النهوض من فراشي صباحاً، وفكرت في دخول المستشفى بعض الوقت، وقد حدث ذلك بالفعل لاحقاً بطلب من الطبيبة النفسية، أما زوجتي فقد واجهت صعوبة بالغة في التعامل مع وضعي، لذلك أقنعتني -دون رغبة مني- باستشارة محلل نفسي، مع أنني كنت أزور المعالجة المعرفية أسبوعياً. كانت زوجتي تأخذني إلى المحلل وتعيدني بنفسها، لأنني لم أكن قادراً على التنقل وحدي. لم أقبل بالتمدد على أريكة المحلل، ومررت بعدد من حالات الهلع خلال زياراتي له، فنصحني أن أقوم ببعض الفحوصات الطبية، جاءت نتائجها جميعاً طبيعية. ولم يجد هذا النمط من العلاج بالتحليل النفسي نفعاً، لا بسبب قناعاتي أن معظم نظريات التحليل النفسي لا تستند إلى أسس علمية فحسب،

وإنما لأن هناك سببين لإخفاق علاجي مع المحلل النفسي، أولهما أنه أخبرني في إحدى الزيارات أنني لا يمكن أن أتقدم في العلاج دون مساعدته، وبدا لي ذلك وكأنني قد أقع في مصيدة التحليل النفسي سنوات طويلة، وقد ألفيت اقتراحه غير أخلاقي وغير محتمل. أما السبب الآخر فيتعلق بتشخيصه حالتي، فهو لم يأت بجديد، وعزا اكتئابي إلى خوفي من اقتراب إحالتي إلى التقاعد وأنني أحتاج إلى الآخرين للمحافظة على هويتي الذاتية، كما أخبرني أنني تعرضت لانهيار مشابه لما أعانيه الآن في فترة مراهقتي، لكنني لا أذكر أنني عشت شيئاً مشابهاً في السابق! كانت مشكلتي أنني حتى لو صدقت كل ما يقوله، فما الحلول التي يمكن أن يقدمها إليَّ؟ لم يكن يقدم لي أي اقتراحات مفيدة عدا جلوسي أمامه للتحدث عن أفكاري ومشاعري في زيارات متكررة عدة مرات في الأسبوع، تكلفني 94 جنيهاً للجلسة الواحدة، الأمر الذي لم يكن مقبولاً أو مجدياً.

لحسن الحظ، ذهب المحلل النفسي في إجازة طويلة نسبياً مدة ثلاثة أسابيع خلال عطلة عيد الميلاد، بدأت خلالها أتحسن تدريجياً، وربما كان ذلك بفضل «زيروكسات» بعد ستة أسابيع من البدء في تناوله. كانت أولى علامات التحسن مرور عدة أيام دون أن أتعرض لنوبات الهلع التي كانت تصيبني سابقاً، وقد استطعت أن أحضر حفلة أقامها أحد أصدقائي المتعاطفين معي، واستمتعت بتلك الأمسية، وكان ذلك خطوة إيجابية، وربما يبدو الأمر تافهاً الآن عند استعادة الأحداث، لكن بالنسبة إلي كان إنجازاً عظيماً

عزز ثقتي بنفسي من جديد. وبحلول عيد الميلاد كنت في حالة تسمح لي بقضاء العطلة مع عائلة زوجتي، كما أنني ذهبت أيضاً إلى حفلة مع الأصدقاء للاحتفال برأس السنة الميلادية. لقد كنت أتحسن تدريجياً، وعندما عاد المحلل النفسي في بداية شهر يناير كنت أشعر أنني تحسنت بما يكفي لأخبره أنني لن أواصل جلسات العلاج معه.

كانت اختصاصية العلاج المعرفي عوناً أفضل بالنسبة إليَّ، وكانت علاقتي بها أحسن بكثير من علاقتي بالمحلل النفسي، الذي كان يحيط نفسه بالكثير من السرية، لدرجة أنه رفض إخباري عن المكان الذي سيقضي فيه عطلته. أما علاقتي باختصاصية العلاج المعرفي فكانت شخصية ومنفتحة، فهي تناقش معي الكثير من الأمور العملية، وكنا نفكر سوياً في مواعيد التزاماتي القادمة من محاضرات، وكيفية التحضير لها، وشجعتني على الاستراحة بقدر الإمكان دون أن أشعر بالذنب. لم تكن الجلسات العلاجية محصورة فقط في ما أسميه ثرثرة التحليل النفسي، وإنما كنا نناقش جميع مشاكلي وكيفية حلها بانفتاح تام.

استمرت حالتي في التحسن منذ ذلك الوقت، وأصابتني حالات هوسية طفيفة جداً، وربما يعود ذلك إلى دواء «زيروكسات»، الذي مازلت أواظب على تناوله حتى الآن، ولكن بجرعات قليلة، وتريد طبيبتي النفسية أن أستمر في تعاطيه عاماً آخر على الأقل، ولا أرى ضيراً في ذلك ما دامت آثاره الجانبية طفيفة (فيما عدا

تأثيره على القدرة الجنسية)، بل إنني لا أرى مانعاً من تعاطيه طيلة حياتي. لا أرى سبباً مقنعاً يمنع تناول مضادات الاكتئاب لفترات طويلة ما دامت تجنبنا عودة المرض.

هناك دائماً احتمال أن يهاجمني الاكتئاب من جديد، وعندما يسألني بعض الناس عن السبب الذي دفعني إلى الاكتئاب في المرة السابقة، فإنني لا بد أن أعترف أنني لا أملك إجابة صادقة عن هذا السؤال. يمكنني القول إن القلق من اقتراب سن التقاعد قد أسهم في ذلك، ولكنني لا أعلم حقاً إن كان ذلك صحيحاً. ويبقى السؤال الأهم بالنسبة إليَّ، كيف يمكنني تجنب الاكتئاب من جديد؟ تشير كل الدراسات المعتمدة إلى أن العلاج المعرفي والعقاقير المضادة للاكتئاب يمكن أن تؤجل الإصابة بنوبة أخرى من الاكتئاب، بل قد تمنع حدوثها تماماً، وبالطبع أنصح دائماً بطلب عون المختصين في أسرع وقت.

مقدّمة

كانت تلك أسوأ تجربة في حياتي، وربما أسوأ من مأساة وفاة زوجتي بمرض السرطان، وكم يُخجلني الاعتراف أنَّ تجربتي مع الاكتئاب كانت أسوأ من مشاهدة زوجتي تموت بالسرطان، لكنّها الحقيقة التي لا يمكن إنكارها. لقد كنت في حالة لا تُشبه أي حالة مررت بها من قبل، فليست تلك حالة من الخمول أو الهبوط العام، ولم أُكن محبطاً بالمعنى الشائع للكلمة، بل كنت مريضاً بالفعل، لقد كنت متقوقعاً على ذاتي تحاصرني الأفكار السلبيّة، وتسيطر عليَّ فكرة الانتحار معظم الوقت. فقدت قدرتي على التفكير السليم، وتلتها قدرتي على العمل، وكلُّ ما كنت أرغب فيه هو البقاء في السّرير طوال النهار والليل. لم أستطع الخروج من البيت، ولم أعد قادراً على قيادة دراجتي، وكنت أعاني من نوباتٍ من الهلع إذا تُركت وحيداً. وبالإضافة إلى كلّ ذلك، ظهرت لديَّ أيضاً أعراض بدنيّة، فقد عانيتُ سخونة في جميع أنحاء جسدي، وبدأت أُصاب باختلاجات لاإرادية، وقد أدّت تلك الأعراض إلى زيادة قلقي، فقد كنت على سبيل المثال أخشى ألّا أقدر على التبوّل، أمّا

النوم فقد كان شبه مستحيل دون الحبوب المنوِّمة التي تعمل عدَّة ساعات فقط، أستفيق بعدها في حالة أسوأ. لقد كان المستقبل مظلماً تماماً، وكنت متأكِّداً أنّني لن أعود إلى حياتي الأولى مجدَّداً، ولن أتمكن من مزاولة عملي ثانية، وسيطر عليَّ خوف شديد، لأنّني ظننت أني في طريقي إلى الجنون.

لم أُصب في السابق باكتئاب حاد، بل كان اكتئاباً خفيفاً كنت أعالجه بممارسة رياضة الجري التي كنت أمارسها مع بعض رفاقي، واتّفقنا جميعاً أنّنا نمارس الجري لا حفاظاً على صحّتنا، وإنما تفادياً لحالات الاكتئاب الخفيف، ويبدو أن الاعتقاد السائد بفائدة التمارين الرياضية في رفع الحالة المعنوية من خلال رفع مستوى مادة الإندورفين في الجسم، هو اعتقاد يستند إلى دليل علمي معقول. وكنت أُعلن بتهكُّم أنني أومن بمدرسة الجورب في الطب النفسي، أرفعه إذا شعرت بهبوطه! والأمر كذلك بالنسبة إلى الحالة المعنويّة. غير أن ذلك لم يكن مُجدياً بالتأكيد في حالة الاكتئاب الحاد، وسأتحدث عن تجربة اكتئابي بالتفصيل في فصول لاحقة، وسأصف كذلك رحلة علاجي منه.

كانت زوجتي جيل نيفل تخجل من إصابتي بالاكتئاب، لذلك كانت تُخبر زملائي وأصدقائي أنّني منهكٌ بسبب مرض في القلب، وكانت تخشى أن يتأثر عملي إذا عُرفت حقيقة مرضي. وعندما شفيت من الاكتئاب ظللت متبرِّماً بالوصمة المصاحبة للمرض، التي تُلاحق المصابين به، لذلك قررت أن أُعلن إصابتي بالاكتئاب

على الملأ، وكتبت مقالاً في صحيفة «الجارديان» حول الموضوع، وقوبل الموضوع بترحاب كبير، وكانت ردود الفعل إيجابية جداً من المرضى والأطباء وأولئك الذين يعيشون مع أشخاص مكتئبين، واستحسن الجميع مناقشة الموضوع علناً، لأنهم وجدوا ذلك مفيداً للجميع. ومن بين كل الكتب العلمية والمقالات التي نشرتها حظي ذلك المقال بالكثير من الاهتمام والتقدير. ولكثرة ما هنّأني كثيرون على جرأتي في طرح هذا الموضوع علناً أدركت بالفعل حجم الوصمة المرتبطة بالاكتئاب. وفي الحقيقة، كان من السهل عليَّ الخوض علناً في مسألة إصابتي بالاكتئاب من موقعي الأكاديميِّ الحصين، وبذا لم يكن لديَّ ما أخسره.

لقد شكرتُ الطبيبة النفسية التي عالجتني بعد أن تعافيت من الاكتئاب، وسألتها إن كانت توافقني الرأي في أنَّ الأطباء النفسيين لا يفهمون حقيقة مرض الاكتئاب، فوافقتني الرأي جزئيّاً. وبالطّبع، يمتلك الأطبّاء مهارات التشخيص والعلاج، إذ يؤدي العلاج بعقار «بروزاك» مثلاً إلى نتائج مدهشة، لكن الغموض يكمن فعلاً في ميكانيكية الاكتئاب والأمراض العقليّة عموماً، مقارنة بفهم ميكانيكية الأمراض الجسدية كالسرطان مثلاً، إذ يمكننا فهم مرض السّرطان من حيث التغييرات الجينيَّة التي تطرأ على خلايا بعينها وتسمح لها بالتكاثر بصورة غير طبيعية، ومن ثمّ تنتشر الخلايا الخبيثة. وفي المقابل، نعرف أنَّ انخفاض مستوى مادة الـ«سيراتونين» في المخ مرتبط بظهور الاكتئاب بطريقة أو أخرى،

لكن ذلك لا يُعدُّ تفسيراً كافياً وشافياً، فكيف يمكن لاختلاف في تركيز هذه المادة البسيطة أن يؤدّي إلى تغييرات جوهرية في السّلوك كما نري في حالة الاكتئاب؟

هناك الكثير من كتب «المساعدة الذاتية» حول موضوع الاكتئاب، غير أنّي لم أجد فيها معلومات كافية يمكن الاعتماد عليها، لذلك قرَّرت أن أكتب هذا الكتاب لأسجِّل فيه ما هو معروف ومعتمد عن هذا المرض، بهدف مساعدة من يعايشون مريضاً بالاكتئاب ولا يفهمون طبيعة معاناته، ثم محاولة مساعدة المصابين بالاكتئاب على فهم ما يحدث لهم، أما هدفي الآخر فهو محاولة محو الوصمة التي تُلاحق مرض الاكتئاب. وفي النهاية أحاول من خلال هذا الكتاب فهم طبيعة هذا المرض، وهو هدف شخصيٌّ في المقام الأول.

أعلم أنني قد أدخل في محاولات ليست من اختصاصي، فأنا لست طبيباً ولا طبيباً نفسياً، لكنّني باحث في مجال البيولوجيا، وينصبُّ اهتمامي على ميكانيكية تطور الأجنة، وكيف تؤثر الجينات الوراثية على سلوك الخلايا التي تكون الأطراف والأعضاء المختلفة، لذلك فإنني أمتلك معرفة كافية حول العمليات البيولوجية الأساسية والأنظمة المعقَّدة. وبصفتي عالماً فإنني أمتلك خبرة مناسبة لتقييم الأدلة، لكن الأهمَّ من كلِّ ذلك أنني خبرت الاكتئاب بنفسي، وأعتقد أن من يعالج الاكتئاب أو يكتب عنه دون خبرة شخصية مع هذا المرض، إنما هو كطبيب الأسنان الذي لم يُصب بألم الأسنان

من قبل.

إنَّ الاكتئاب مرض مزعج للمصاب به وكلٍّ من حوله كذلك، فالمكتئبون ضحايا لأنهم يعانون مرضاً مخيفاً ومعيقاً أيضاً، وهو مرض يُصيب واحداً من بين كلِّ عشرة أشخاص، ونسبة انتشاره بين النساء ضعف نسبة انتشاره بين الرجال. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يحمل وصمة اجتماعيّة تُصبح عبئاً إضافياً على المريض.

ينسحب تأثير الاكتئاب كذلك على برامج الرِّعاية الصحية، وفي تقرير حديث بعنوان «العبء العالمي للمرض» نشرته المنظمة العالمية للصحة، جاء أنَّ الاكتئاب يحتلُّ المرتبة الرابعة لأهمِّ المشاكل الصحية في دول العالم النامي عام 1995 (محتلاً بذلك نسبة 3٪ من مجموع العبء العالمي للمرض). كما تنبَّأ التقرير أنَّ المرض سيحِلُّ في المرتبة الأولى للأمراض في دول العالم النامي عام 2020، محقّقاً بذلك نسبة 6٪ من مجموع العبء العالمي للمرض، وفي الفترة ذاتها سيزداد المعدَّل السنوي للانتحار من 593000 إلى 995000 في دول العالم النامي. كما يُقدِّر التقرير أن أقلَّ من 10٪ من مجموع حالات الاكتئاب البالغة 83 مليون حالة في بلدان العالم النامي قد تمَّت معالجتها عام 1995، أمّا عدد الحالات التي تلقّت العلاج في دول العالم المتقدِّم فقد يزيد عددها بضعفين أو ثلاثة أضعاف فقط عن عددها في دول العالم النامي.

للاكتئاب عدَّة معانٍ مربكة، إذ يُشير الاستخدام الشائع للكلمة إلى أعراض تتراوح بين الشعور بالإحباط والقلق، وهي مشاعر

تصيب الكثيرين في الحياة اليومية، غير أننا في هذا الكتاب معنيّون بمرض الاكتئاب؛ المرض الذي يُهيمن على الحياة اليومية للشخص ويعيقها. وخير ما يصف الاكتئاب فعلاً كتابُ وليام ستايرون «ظلمة جَليَّة»، الذي يصف فيه صراعه مع مرض الاكتئاب بكلِّ دقَّة، قائلاً في بدايته: «*إن الألم الذي يسبِّبه الاكتئاب لا يمكن تخيُّله من جانب من لم يُجرِّبه، وقد يؤدي في النهاية إلى الانتحار، لأنّ المرء لا يستطيع تحَمّله فترة طويلة*».

وهكذا فإن هذا الكتاب يتعرَّض للاكتئاب السَّريريِّ كما يُسمى عادة، وهو الاكتئاب الحادُّ الذي يعطل القدرة على العمل، وربّما يؤدي إلى الانتحار. أمّا العلاقة بين الاكتئاب الحادِّ والاكتئاب اليومي العادي، فهي الشعور بالوهن والإحباط، الذي يعد كذلك شعوراً مهماً، وسنعرض له لاحقاً، فهل يمكن أن نقول إن الاكتئاب الحاد هو درجة قصوى من الاكتئاب العادي، أم بينهما اختلاف نوعيٌّ.

يتكوّن عنوان كتابي من جزءين، استقيت الجزء الأوَّل من كتاب روبرت بيرتون الرائع، والشهير والصعب أيضاً: «تشريح الكآبة» (1621-1651)، الذي عدَّد فيه كل جوانب حالات الكآبة المعروفة آنذاك، وقد أمضى بيرتون جلَّ حياته في كنيسة المسيح في أكسفورد، حيث كان يدرس علم اللاهوت ضمن واجبات أخرى كان يؤدِّيها في الكنيسة، وقد كان لديه اهتمام كبير بكلِّ فروع العلوم، ومنها الطب. واختار الكتابة تفصيلياً عن موضوع الكآبة، لأنّه أُصيب

بها شخصيّاً، وكان يأمل أن تساعده الكتابة عن حالته في تجاوز أعراض الكآبة التي كان يشعر بها: «إنّني أكتب عن الكآبة لتجنب الكآبة». وقد اختار كلمة تشريح في العنوان لأنه اتَّبع أسلوباً علمياً منهجيّاً في بحث الموضوع، واستشهد بكلِّ الجهات المعنية في ذلك الوقت، واعتنى بيرتون كذلك بأسلوب الكتابة، حتى إن صمويل جونسون ذاته كان معجباً بالكتاب، ووجد فيه عزاءً كثيراً في أثناء إصابته بالاكتئاب، فكان يستيقظ مبكِّراً على غير عادته ليتابع قراءة الكتاب.

لقد وصل عدد الأبحاث التي نشرت عن الاكتئاب حتى الآن إلى ثلاثة آلاف بحث سنوياً، وهناك كمٌّ ضخم من المعلومات حول الموضوع، لكنّني في كتابي أحاول أن ألخِّصها بطريقة بسيطة، فأبدأ الكتاب بالنظر في تجربة الاكتئاب في الماضي والحاضر، ثمّ أنظر بعد ذلك إلى مشكلة التشخيص في الغرب وفي ثقافات أخرى كذلك، وأحاول بعد ذلك استكشاف العوامل التي قد تُعرِّض أشخاصاً بعينهم للاكتئاب، مثل العوامل الوراثية والعوامل المُحزنة في الحياة، وتجارب الطفولة المبكِّرة، وحتّى الطقس. وبالنسبة إلى الاكتئاب الهوسيِّ - مع أنّه ليس أساسياً في هذا الكتاب - فله صفاته الخاصة، أمّا الانتحار فهو النتيجة المأساوية للاكتئاب، وقد تعرَّضت للموضوعين في فصلين مختلفين في هذا الكتاب. وبعد عرض هذه الخلفيَّة أنتقل إلى مناقشة النظريات النفسية والبيولوجية التي تعرَّضت لتفسير الاكتئاب، بما في ذلك أهميَّته التطوُّرية. وتركز

التفسيرات النفسية على أهمية الفقد، بالإضافة إلى التجارب المبكرة، في حين تؤكِّد التفسيرات البيولوجية فهم المشاعر كوظيفة كيميائية في الدماغ، ثم يتبع ذلك عرض لوسائل علاج الاكتئاب من أدوية وعلاج نفسي، والإشارة إلى أنواع العلاج المناسبة لحالة الشخص. كما أعرض لتجارب مختلفة في علاج الاكتئاب من الصين والهند واليابان، وفي النهاية أنظر إلى المستقبل من جهة التقدُّم العلمي وطرق الوقاية. لقد تأثرْتُ بعدة كتب بما فيها كتاب وليام ستايرون «ظلمة جلية»، الذي روى فيه قصة اكتئابه شخصيّاً، وتأثرت كذلك بكتاب كي ريدفيلد جاميسون «مس النار»، الذي يتعرض للاكتئاب الهوسيِّ والإبداع ومواضيع أخرى تتعلق بالاكتئاب، وهناك أيضاً كتاب جوزيف لي دو «العقل الانفعالي»، كما تأثّرت في بحثي بأفكار جون باولبي حول الارتباط والفقد، وأفكار آرون بيك حول الأسس المعرفية للاكتئاب وعلاقتها بالتفكير السلبي، وأضاء لي الطبيب النفسي والأنثروبولوجي آرثر كلينمان الطريق إلى اكتشاف طبيعة الاكتئاب في الثقافات الأخرى.

يؤكد العنوان الرئيسيُّ للكتاب «الحزن الخبيث» خطورة مرض الاكتئاب، ويُظهر اعتقادي بإمكانية مقارنة الحزن العادي والاكتئاب بالخلايا الطبيعية والخلايا السرطانية. وفي النهاية أتمنى أن يسهم هذا الكتاب في مساعدة المصابين بالاكتئاب ومن يعيشون معهم.

الفصل الأول

تجربة الاكتئاب في الماضي والحاضر

يَعرف كلٌّ من مرَّ بتجربة الاكتئاب الحاد أنه حالة غريبة عصية عن الوصف لا يفهمها حقّاً إلا من عانى اكتئاباً حاداً، إذ ليس الاكتئاب الحادُّ مجرد شعور بالوهن أو الإحباط، وإنما حالة مختلفة تماماً تكاد لا تمتُّ بصلة للمشاعر اليومية العادية، ولذلك فإنَّ وصفه يحتاج إلى كلمة جديدة تختزل معاني الألم، بالإضافة إلى الشعور باليأس التام من نجاعة أي علاج. نحن في حاجة إلى كلمة جديدة ومعبِّرة لوصف هذا المرض بدقّة أكبر بالتّأكيد، بعيداً عن مجرّد وصفه بشعور الوهن والإحباط.

لا بد أن نفرِّق بين الاكتئاب الحادِّ أو الاكتئاب السريريِّ كما يُطلق عليه لأنه يتسبب في إعاقة الحياة اليومية الطبيعية، واكتئاب المزاج الخفيف، فقد يشعر المريض بتعاسة طاغية قد يرافقها شعور بالحزن والتبلّد والفتور، وكثيراً ما تتخلل هذه الحالة نوبات من البكاء، وتراود المريض أفكار شتى عن الانتحار. لكن هناك مرضى آخرين قد يشعرون بأعراض مختلفة مثل الغضب السريع والاهتياج لأقل الأسباب. كما يعاني مرضى الاكتئاب

الحاد اضطرابات في النوم والتعب وفقدان الطاقة، وفي الحالات القصوى قد لا يستطيع المريض مغادرة فراشه، وقد يصل إلى حالة تشبه الغيبوبة، وقد يصاب بعض المرضى بالأوهام، كما يصاب كل المرضى تقريباً بحالة فقدان التركيز، وتنعدم قدرتهم على اتّخاذ القرارات، ويرافق ذلك شعور باليأس وينخفض شعورهم بتقدير الذات. وغالباً ما يكون القلق هو الشعور المسيطر على المريض، مما يؤدي إلى الإصابة بوسواس المرض، أو القلق غير المبرَّر على الصحة، ويصبح كل عارض بدني غير مألوف دليلاً على الإصابة بمرض خطير بالنسبة إلى المكتئب. ومن خصائص الاكتئاب كذلك فقدان الاهتمام بأي نشاط، وعدم الاستمتاع بأي شيء، وثمة خاصية أخرى تميِّز الاكتئاب وهي شدته في الصباح الباكر، ولذلك يرتبط عادة بالاستيقاظ مبكِّراً.

يرتبط مصطلحا الكآبة والاكتئاب ارتباطاً وثيقاً، وحتى وقت قريب كان مصطلح الكآبة يستخدم لوصف مرض الاكتئاب، وقد يعتقد بعضهم أن مصطلح الاكتئاب حديث نوعاً ما، لكن ذلك غير صحيح، فقد ظهر المصطلح لوصف حالة عقلية محددة منذ عام 1665، وكان ذلك في «مذكرات بيكر»، مشيراً فيها إلى شخص محدد بوصفه مصاباً «باكتئاب روحي». كما استخدم صامويل جونسون المصطلح ذاته عام 1753، وكذلك فعلت جورج إليوت في كتابها «دانيل ديروندا»، حيث تقول: «لقد وجدها في حالة اكتئاب عميق». ومع ذلك، فإن مصطلح الاكتئاب هو ما يصفه

وليام ستايرون ببراعة قائلاً: *«الاكتئاب كلمة انزلقت في اللغة مثل البزاقة دون أن تترك أثراً على خبث هذا المرض وشدّته إذا خرج عن السَّيطرة»*.

ونجد وصفاً دقيقاً لملامح الاكتئاب لدى الطبيب النفسي الألماني إيميل كريبلن؛ أحد الرواد في دراسة هذا المرض، حين يقول في إحدى كتاباته، عام 1921:

« إنه يشعر بالعزلة والتعاسة، وكأنّه مخلوق حُرم من قدره، كما أنه يشكّك في وجود الخالق، ويعيش في حالة استسلام كامل تغلق في وجهه كل أبواب الأمل، فيعيش أيامه بصعوبة، ويرفض كل شيء، وكل ما حوله مصدر للقلق: الصحبة، والموسيقى، والسفر، والعمل، ولا يرى من كل ذلك إلا الجانب المظلم والمتاعب التي قد تنشأ. أما الأشخاص المحيطون به فجميعهم مخيبون للآمال، لذلك فهو يعاني صدمة تلو الأخرى في علاقاته بهم، وتظلُّ حياته بلا معنى، ويحاصره شعور بالتفاهة والضآلة فتتسرَّب إلى رأسه فكرة التخلص من حياته دون أن يعلم السبب، غير أن كلَّ ما يعلمه أن شيئاً ما قد انكسر داخله».

من الغريب في حالة الاكتئاب أن الأفكار التي تخطر ببال الشخص المكتئب قد لا تمتُّ بأي صلة إلى الواقع، وقد ذكر الكاتب أندرو سولومان بعض هذه الملامح السخيفة للاكتئاب في مقال لمجلة «ذا نيو يوركر»، حيث يصف نفسه ممدّداً في سريره، خائفاً من الذهاب إلى الحمام للاستحمام، ويراجع في ذهنه الخطوات اللازمة

للوصول إلى الحمّام، وإذ بها أربع عشرة خطوة ثقيلة، مخيفة، يجب أن يخطوها قبل الوصول إليه، وكأنها مسيرة المسيح إلى صليبه، مع أنه يعرف جيداً أنه استحمَّ آلاف المرّات قبل ذلك دون أن يواجه أي صعوبة، لكنه يأمل هذه اللحظة لو أن شخصاً آخر يفتح له باب الحمّام، وهو أمر مثير للشفقة بالفعل، فقد كان الرجل يمارس رياضة القفز من الطائرة في السابق، أما الآن فتبدو مسألة تسلق جناح طائرة على ارتفاع ستة آلاف قدم في مواجهة الريح العاتية، أسهل بكثير من مغادرة الفراش للذهاب إلى الحمّام. لا عجب إذاً أنه كان يبكي كلما تذكَّر ذلك.

لو كانت أجسادنا تنضوي على أرواح، مع أني لا أؤمن بوجود الروح من منطلق ماديٍّ بحت، لكان أفضل تعبير عن الاكتئاب هو فقدان الروح، لما يستدعيه المرض من حزن وتعاسة، إذ يفرغ العقل والجسد من الروح التي يَفقد المرء بفقدانها اهتمامه بأي شيء عن ذاته، ونجد أن فكرة الروح الآثمة والتائهة فكرة معروفة ومقبولة في كثير من الثقافات، كما أن مصطلح «فارغ» له دلالات سلبية في معظم الثقافات، لذلك فإن تعبير «فقدان الروح» يعكس فكرة الإنسان عن وجوده، إذ إن «أرواحنا» هي جوهرنا الداخلي، وتختلف اختلافاً شاسعاً عن العالم المادي الذي نعيشه، وهكذا يؤدي فقدان الروح إلى الاكتئاب والعزلة وانقطاع الصلة مع العالم الخارجي.

يعود تاريخ الاكتئاب أو الكآبة – كما كان يُعرف سابقاً – إلى

بداية التاريخ البشري ذاته، وهناك توثيق للاكتئاب في الكتابات القديمة ومنها الإنجيل، إذ يقول أيوب [عليه السلام]: «لِمَ يُعطى لشقي نورٌ، وحياة لمرِّي النفسِ، الذين ينتظرون الموتَ وليس هو، ويحفرون عليه أكثر من الكنوز، المسرورين إلى أن يبتهجوا، الفرحين عندما يجدون قبراً» (سِفر أيوب 3: 20-22).

ولاتزال بعض الثقافات تُرجع أسباب المرض العقلي إلى عوامل ما وراء الطبيعة، وقد كان اليونان القدماء يؤمنون أن المرض العقلي عقاب تنزله الآلهة على الأشرار من الناس، أمّا المسيحيون الأوائل فقد كانوا أحياناً يعتقدون أن الشيطان يسبِّب المرض العقلي لاختبار إيمان المريض. أما بالنسبة إلى الملنخوليا أو السوداوية، فقد عرفت حالةً طبيةً محدَّدة عند اليونان في القرن الرابع قبل الميلاد في كتابات أبقراط، حيث ربطها بفقدان الشهية، والخوف، والشعور بالقنوط، والقلق، وسرعة الانفعال. ولقد كان جالينوس المرجعيّة الأولى في الطبِّ في القرن الثاني قبل الميلاد، وقد فسَّر الاكتئاب بالاستناد إلى نظريته حول أخلاط الجسم الأربعة، أنه اختلال في توازن إفرازات الدم والصفراء والسوداء والبلغم، وكانت تلك الإفرازات الأربعة مسؤولة عن صحة الجسم أو اعتلاله وفق اعتقاد جالينوس في ذلك الوقت، وأُرجع مرض الملنخوليا إلى زيادة في إفراز السوداء، وربما يتقاطع وصف جالينوس للمرض مع ما نعرفه الآن من أعراض الاكتئاب، إذ يقول: «*يتصرَّف كل مريض بالملنخوليا بطريقة مختلفة، لكنهم يشتركون جميعاً في الشعور بالخوف والقنوط،*

فيكرهون الحياة والناس، لكن بعضهم فقط يفكّر بالموت.. وقد يأتي بعضهم بتصرُّفات غريبة لأنهم يخشون الموت ويرغبون فيه في الآن ذاته».

من السخرية بمكان أن تجد أن الاكتئاب لم يحمل في الماضي الوصمة التي يحملها الآن، فقد كان المكتئب يرى أحياناً أنه في منزلة أسمى من الآخرين. ويرى أرسطو أن الكآبة سمة المبدعين من الفنّانين والكُتّاب، فقد كان الاعتقاد السائد أن الإفرازات السوداء هي المحفز على الإبداع، وظلَّ تأثير موقف أرسطو من الاكتئاب سائداً عدة قرون لاحقة، يدعمه تساؤله المُلحُّ حول السبب وراء إصابة معظم المبدعين والنابغين في مجالات الفلسفة والسياسة والفنِّ والشعر بالكآبة، فضلاً عن عدد من أبطال اليونان العظام، ولقد أضاف إلى كلِّ هؤلاء أفلاطون وسقراط. يقترح أرسطو إجابة عن تساؤلاته تشير إلى وجود مسحة من جنون العبقرية في الملنخوليا، وهكذا كانت الكآبة حالة ذهنية استثنائية مثيرة للإعجاب في ذلك الوقت.

استخدمت الكنيسة المسيحيّة في القرن الرابع الميلاديّ، تعبير الكآبة للإشارة إلى «ضعف القلب»، وهي حالة غير مستحبة وتستوجب العلاج، وبعد أن كانت الكآبة مرتبطة أساساً بالحزن والتعاسة، أخذت ترتبط لاحقاً بالكسل، وعرفت بمرض الخمول منذ عام 1300، وسميت كذلك بخطيئة «الكاردينالـ»، لأن المرض كان يؤثر في الرهبان والقساوسة، فيمنعهم من أداء واجباتهم. أمّا

القدّيس توماس الإكويني، فقد قال إنَّ الخمول يحدث بعد أن يفرغ الجسد من فعل الخير، لكن مفهوم الخمول كان أعقد، وسُجِّلت حوله عدّة تفسيرات، فقد أرجع بعض المعلِّقين وجود الإفرازات السوداء إلى تناول آدم التفاحة المحرَّمة في الجنة. لكنْ، ومع تدهور سلطة الكنيسة وقوَّتها في القرنين الخامس عشر والسادس عشر، أخذ الخمول يرتبط بمرض الملنخوليا كعرض من أعراضها. كتب طبيب عربيٌّ من بغداد في أوائل القرن العاشر الميلادي بحثاً عن الملنخوليا، قال فيه إن الإفرازات السوداء هي السبب المباشر للمرض، غير أنَّ تعريفه للمرض يبدو صادماً لدقَّته: «شعور مخدر *بالانقباض والعزلة يتكون في الروح بناءً على أمور يراها المريض حقيقية، في حين أنها غير حقيقية في الواقع*». كما يصف المصابين[1] بالمرض أنّهم: «غارقون في حزن عميق وانقباض مستمرٍّ وقلق دائم غير مبرَّر». ويضيف أن السبب الرئيسي لهذه الحالة هو الإجهاد الذهنيُّ، دون أن يتجاهل مسألة الثُّكل وفقد الممتلكات كأسباب ثانويّة.

اعتقد الطبيب المعروف باراسيلسوس - أحد رواد عصر النهضة - أن الكآبة ضربٌ من ضروب الجنون، واقترح أن يعالج المريض الكئيب «بدواء الفرح». ولكن مع الأسف، فليست تلك هي الطريقة الصحيحة للعلاج. كان مصطلح الكآبة في الأدبيات العلمية يشير إلى الإفرازات الباردة الجافة التي يفرزها الجسم بصورة طبيعية، لكن هذه الكآبة الطبيعية قد تتحوَّل بفعل

الحرارة إلى إفراز ضارٍّ بالجسم، ويشير مصطلح «كئيب» كذلك إلى الشخص الذي تطغى إفرازاته السوداء على غيرها من الإفرازات، مسبِّبةً السقم والعجز البدني والخوف والأسى، وقد يزداد الأمر سوءاً فيتحوَّل إلى خلل عقليٍّ تصاحبه مخاوف مفرطة وحزن شديد وكراهية للبشر، وتُرجع معظم الكتابات سبب الحالة إلى سوء النظام الغذائي. أما طرق العلاج، فتتلخَّص في الحجامة لإخراج الإفرازات الضارة من الجسم، وفضلاً عن ذلك فقد أوصى الأطباء بالتعرض للهواء الدافئ الرَّطب، ومحاولة تشتيت انتباه المريض عن مشاعره السلبية.

بدأت فكرة الكآبة تتردَّد في الأدب الإنجليزيِّ إبان ثمانينيات القرن السادس عشر، واستُعملت الكلمة ذاتها بكثرة في إنجلترا خلال عصر النّهضة. وفي تناقض مع المنظور الطبيِّ للكآبة، سادت أفكار أرسطو حول ارتباط الكآبة بالإبداع، إذ يقول روبرت برتون على سبيل المثال: «يتميز الكئيبون دون غيرهم بالذكاء وسرعة البديهة»، وكان الاعتقاد الشائع أن الكتابة تحفِّز المواهب الإبداعية والفكرية. أمّا هاملت بملابسه السوداء، واعتزاله الناس، ومزاجه النكد، فضلاً عن فكرة الانتحار التي كثيراً ما تراوده، فهو متسق مع مفهوم الكآبة في العصر الإليزابيثيِّ، حيث نجد الوصف التالي للشخص الكئيب: «*لقد فقدت مرحي وحيويَّتي، ولم أعد أستطيع الحراك، تبدو لي الأرض النابضة صخرة صمّاء قبيحة، أمّا هذه السماء الرائعة؛ القبّة المرصّعة بالنجوم الذهبيّة الملتهبة، فلا أرى*

فيها أيَّ جمال، وتبدو لي مجرَّد فضاء يحفل بالقذارة والسموم».

لا بد أن شكسبير قد تأثر بالكثير مما كُتب حول الكآبة في ذلك الوقت، فقد كتب لورينس بحثاً بعنوان: «خطاب مرض الكآبة»، وصف فيه الحزن غير المبرَّر الذي يُصيب المكتئبين، وتقلّبات نومهم. أمّا برتون فقد أكد أهمية نظرية الإفرازات في بحثه: «تشريح الكآبة»، وتضمن وصفه للحالة بعض الأعراض البدنية مثل الصُّداع والمغص وتسارع ضربات القلب، وأشار كذلك إلى الشعور بالذنب، كما لاحظ الشعور بالأسى المرتبط بالفقد أو الحرمان، وعدَّه سبباً من أسباب حالة الكآبة، لكنّه عانى من عدة تناقضات في الأعراض حالت دون تحديد دقيق لماهية الكآبة، ومع ذلك فقد استخدم تعريفاً لغايات العمل والبحث، وحدد الكآبة أنها: «*نوع من الخرف دون حمى، يعاني خلاله المريض من الخوف والحزن، دون سبب واضح*»، وكان ينصح مريضه قائلاً: «*لا تيأس، فقد يكون مرضك صعباً، لكن الشفاء ممكن إذا قبلت المساعدة*»، وكان ينصح المريض بالمداومة على الصلاة والتمارين البدنية.

تراجعت نظريّة جالينوس حول الأخلاط المسبّبة للكآبة في أواخر القرن السابع عشر لتحلَّ محلَّها نظرياتٌ تقوم على تفسيرات كيميائية وميكانيكية للمرض، وقد شاعت التفسيرات الميكانيكية تحديداً في القرن الثامن عشر تأثراً بنظريات نيوتن، ولذلك ظهرت نظريات تفسِّر الكآبة أنّها اختلال في حركة الدورة الدمويّة بعد أن

اكتشف هارفي الدورة الدموية في الجسم البشري، ثم اختفت تلك النظريات لاحقاً مفسحة المجال أمام النظريات التي تؤكد الخصائص الكهربائية للدماغ، ومع ذلك ظلت طرق العلاج من الكآبة تعتمد على نظريات القرن السابع عشر في إخراج الإفرازات السوداء من الجسم عن طريق الحجامة أو استخدام المليِّنات والمقيِّئات.

كتب تيموثي روجرز عام 1691 كتاباً عن إصابته بالكآبة، فقال إنها: «*أسوأ أنواع العلل، وإن المخاوف والمشاعر التي تصاحبها مريعة وعصيَّة على الوصف*»، وأضاف أنّه كثيراً ما شعر أنَّ الله تخلّى عنه، وأنّه ما فتئ يفكِّر في الانتحار. وفي عام 1733، كتب الطبيب جورج شين من أدنبره كتابه: «المرض الإنجليزي»، مشيراً إلى أولئك الذين يعانون «كآبة عميقة ومستمرة»، وهو ما كان يعاني منه على الأقل ربع أبناء الطبقات المتوسّطة والعليا، والجدير بالذكر أن الطبيب ذاته كان مصاباً بالكآبة. وهناك كاتب آخر هو وليام كاوبر أصيب كذلك بالكآبة عام 1773، وكتب عن مرضه قائلاً: «*أصبت بحالة من الكآبة حوّلتني إلى طفل صغير*»، وقد أحس كذلك أن الله تخلّى عنه. أمّا جون دون فقد كتب في القرن السابع عشر: «*أضاف الله لأمراضنا البدنية عوارض أكثر تعقيداً من حزن اعتياديّ وكآبة طاغية وضعفاً في الفؤاد وتعاسة في الروح*»، وقد استمرت هذه النظرة للكآبة حتى أواخر القرن الثامن عشر، حين حدث تغير في التوصيف الطبيِّ للمرض، وأصبح يُنظر للمرض العقليِّ أنه اختلال في الدماغ وليس في الدّم أو الروح.

يتكرر نمط المشاعر السلبية لدى معظم مرضى الكآبة، ونادراً ما نجد وصفاً لتجارب ممتعة في هذا السياق، ومن ذلك ما جاء في مذكرات جون ستيوارت ميل يصف فيها أفكاره السلبية وافتقاده القدرة على الاستمتاع بأي شيء:

«خطر لي وأنا في حالتي هذه أن أوجِّه لنفسي سؤالاً مباشراً: ماذا لو تحققت كل أهدافك في الحياة؟ كل التغييرات التي تصبو إليها في الأفكار والأنظمة، هل سيجلب ذلك السعادة لك؟ وكانت الإجابة واضحة وقاطعة: لا! عندها انقبض قلبي، وهوى كل ما بنيته في حياتي، فقد كانت سعادتي دائماً تنبع من سعيي الدؤوب لتحقيق الأفكار التي أحلم بها، فكيف لي أن أشعر بأي فرح أو اهتمام بما أقوم به؟ بدا وكأنّني فقدت ما كنت أعيش لأجله.

أملت في البداية أن يكون الأمر غيمة تعكر صفو حياتي مؤقّتاً ثم ترحل عنّي، لكنه لم يكن كذلك مطلقاً، لم يجدِ النوم العميق نفعاً في التخلص من تلك الغيمة، كانت تلاحقني أينما ذهبت ومهما فعلت، وتنغص عليَّ رفقة أحبّائي وتفاصيل حياتي. وبمرور الشهور كانت الغيمة تزداد كثافة، ولن أجد أفضل من كلمات كوليردج في قصيدته: (انقباض) لوصف الحالة التي كنت أعيشها، حيث يقول:

«حزن دون ألم، فارغ، موحش، مظلم
يخنقني، يكبتني، ولا أجد متنفَّساً
في الكلمات أو الآهات أو الدموع»

حاولت دون جدوى وبكلِّ الطرق التخلص من هذا الشعور باللجوء إلى كتبي المفضلة، تلك التي تؤرِّخ مآثر العظماء والنبلاء، والتي لطالما ألهمتني وأمدتني بالقوة في حياتي قبل المرض».

لا نجد الكثير من الوصف للاكتئاب في الرواية الإنجليزيّة على الرغم من الانتشار الواسع للمرض، أمّا الإشارة لشخصيات بعينها مثل شخصية لوسي ستو في رواية شارلوت برونتي «فيليت»، أو شخصية «بيب» في رواية ديكنز «الآمال الكبرى»، ووصفها أنها تعاني من الاكتئاب، فإنه أمر غير دقيق، إذ إن هذه الشخصيات وإن بدت تعيسة أحياناً، فإن ذلك بعيد كل البعد عن الحالة السلبية لحقيقة الاكتئاب، التي ربّما يحاول مؤلفو الروايات تفاديها. ومع ذلك فقد عوض الشعر والكتابة هذا النقص بوصف صراعهم الشخصيِّ مع الاكتئاب، كما فعل جيرارد مانلي هوبكنز في قصيدته التي قدَّم فيها وصفاً موجعاً لحالة الاكتئاب التي أصابته:

لا أسوأ من جولة بعد جولة من الحزن
حيث يعتصرني الألم بشدَّة
فيا أيّها العزاء أين عزاؤك؟
ويا مريم يا أم الجميع، أمديني بعونك
تتراكم صرخاتي، وتحتشد نداءاتي
ويغني الشجن القديم في أذني
ثم يهدأ ويختفي فيأتي الغضب زاعقاً
لا أسهاك، لا طيور، سأنقضُّ خاطفاً

فيا للعقل، للعقل جبال وفيه الهاوية

هاوية عميقة، مروعة، لا إنسان يسبرها

ولا سجن مثلها لمن هوى وانحدر

هنا يتوه البائس في دوامة لا تنتهي

حيث تموت الحياة، ويقتل النومُ كلَّ يوم جديد

أمّا الشاعر الفرنسي جيرارد نيرفال، فقد شبَّه الاكتئاب بالشمس السوداء التي تشعّ ظلاماً يطفئ كل شيء، وقد بدأ قصيدته التي تحمل عنوان «محروم من الميراث» بالأبيات التالية:

أنا مكتئب، محروم، يائس

تهدّمت قلعة أميري في أكواتين

وهوى نجمي الوحيد، وظلّت أعمدة القلعة البهيّة

تكابد شمس الكآبة السوداء

كما عبَّر الشاعر إدجار ألان بو عن المشاعر العنيفة التي كانت تراوده، وإحساسه بالتعاسة في أثناء تعرضه للاكتئاب وهو في أواسط العشرينيات من عمره، حيث يقول: «*تنتابني الآن مشاعر مثيرة للشفقة بالفعل، فأنا أعاني من حالة اكتئاب لم أعرفها مسبقاً، وقد حاولت جهدي ألا أسقط في براثن هذه الحالة إلا أنني لم أفلح، ورغم تحسن أوضاعي الحياتية عموماً، فإنني مازلت أشعر بالتعاسة، وأنا أعتقد أنك ستصدقني، لذلك فأنا أكتب ما أكتبه وأترك قلبي كتاباً مفتوحاً أمامك، فاقرأه إن كان يستحق القراءة. إنني تعيس ولا أعلم سبباً لتعاستي وبذلك أستحقُّ عزاءك*

وتعاطفك الذي أرجو أن يصلني سريعاً، وإلا سيفوت الأوان لتقديمه، فاكتب لي فوراً، وحاول إقناعي بجدوى الحياة، لأنّك بذلك تكون قد أثبتَّ قدراتك أمامي أيّها الصديق العزيز، وأرجو أن تقنعني بفعل الصّواب، ولكنّني لا أعني ذلك، لا أعني أن تأخذ ما أكتبه الآن مأخذ الهزل، آه يا لي من مثير للشفقة، فكلماتي غير مترابطة، لكنّني سأستعيد ذاتي، أمّا الآن فقد لا يخفى عليك اكتئاب الروح الذي يهيمن عليَّ، وقد يدمِّرني إذا استمرَّ فترة أطول».

هناك رواية أخرى يقدِّمها عالم الأعصاب المعاصر جورج غراي، الذي عانى من اكتئاب حاد في الخمسينيات من عمره، يصف فيها مرحلة من مرضه تتعلق بفقدان قدرته على توقع أحداث سعيدة في المستقبل، ويسمي هذه القدرة «الهندمة الذاتيّة». كان يحسُّ أنه مصاب بمرض بدني في المراحل الأولى من المرض، ومع مرور الوقت تناقصت قدرته على الهندمة الذاتيّة، ومع ذلك كان تفاؤله يغلب في البداية، إذ يقول: «*أشعر بالمرض الآن ولا أستطيع التعايش مع هذه الحالة، لكنّني سأكون أفضل في الغد*»، وعندما يأتي الغد حاملاً معه المزيد من الألم يدرك أن تفاؤله السابق لم يكن في محله، ويستمر التراجع التدريجي لحالة التفاؤل شهوراً طويلة تختفي خلالها كلُّ الأفكار الإيجابية المتفائلة، لأن المريض تعلّم من تجربته أن المستقبل لا يحمل إلا المزيد من المعاناة، وبذلك تتوقف عملية الهندمة الذاتية العقلية، في حين تؤكد آلاف

الأحداث اليومية الأفكار التشاؤمية وتثبتها، مما يؤدي إلى انهيار تام في النهاية.

قد تقدّم هذه الروايات نوعاً من الوصف لحالة الاكتئاب، ومع ذلك يبقى الاكتئاب الحاد عصياً على الوصف لمن لم يجرِّبه بالفعل. ولا بد أن نضيف أن كل ما سبق كان وصفاً لتجارب مختلفة مع الاكتئاب من وجهة النظر الغربية، ولا ترسم صورة عن تجارب الشعوب الأخرى مع هذا المرض. ففي بعض الثقافات الأخرى يتم التركيز على الأعراض البدنية للاكتئاب مثل الصداع وآلام المعدة، وتقودنا هذه الاختلافات إلى التساؤل عن الأعراض المشتركة للاكتئاب بين جميع الشعوب، وهل مرض الاكتئاب الذي نعرفه هو مرض واحد في جميع الثقافات؟

هناك جانب آخر لتجربة الاكتئاب على قدر كبير من الأهمية، لكنه مع ذلك لا يحظى بالاهتمام المناسب، وهو الجانب المتعلّق بمن يعيشون بالقرب من مريض الاكتئاب، فنادراً ما نجد توثيقاً للمعاناة التي يمرّ بها الذين يعتنون بالشخص المكتئب، إذ يجد شريك المكتئب صعوبة بالغة في فهم الأعراض التي يعاني منها شريكه في ظل عدم وجود سبب ظاهر لهذه الأعراض، وقد يرى بعضهم أننا جميعاً معرضون للقلق والمشاكل الصعبة، بيد أن الشخص المكتئب لا يبذل الجهد الكافي لتجاوز ما يمر به، لكن محاولات دفع المكتئب للخروج من حالته أو الإصرار على انتزاعه من تلك الحالة لا تنجح في معظم الأحيان.

قد يساعد الزواج في الوقاية من الاكتئاب، مثله كمثل كل العلاقات الإنسانية الحميمة، لكن الإصابة بهذا المرض تلقي بظلٍّ ثقيل على تلك العلاقات، وقد تؤدي الخلافات الزوجية لاحقاً إلى تفاقم المرض. وبالإضافة إلى ذلك، تقود ضغوطات الحياة مع شخص مكتئب إلى شعور الشريك بالغضب، فيسعى إلى طلب المعونة النفسية لدى المختصين.

لقد طلب من بعض الأشخاص في إطار تجربة بحثية التحدث عبر الهاتف إلى شخص مكتئب دون أن يعلموا بحالته، وعندما سُئلوا لاحقاً عن انطباعهم عن المكالمة، جاءت إجاباتهم سلبية للغاية. كما أكدت دراسات أخرى أن المصابين بالاكتئاب يؤثرون سلباً في من حولهم، وإذا كانوا في موقع السلطة فغالباً ما يستغلون سلطتهم ولا يسعون للتعاون مع الآخرين، أما إذا كانوا يلعبون أدواراً أقل سلطةً فغالباً ما يلقون باللوم على الآخرين.

مازلت أشعر بالذنب حتى الآن كلما تذكرت إحدى المساعدات التي عملت معي في المختبر لفترة مؤقتة قبل وقت طويل من إصابتي بالاكتئاب، وقد كانت الفتاة مجتهدة في عملها، لكنها كانت على وشك الإصابة باكتئاب حاد، مما أثر على كل من يعمل معها، وأصبح المساعدون الآخرون يتحاشون العمل معها أو الاقتراب منها، ولذلك وجدت أنني مضطر إلى فصلها. يعرف المصابون بالاكتئاب جميعاً خطورة مرضهم، ولكننا سننتقل في الفصل القادم إلى وجهة نظر الطب لبحث كيفية تشخيص هذا المرض.

الفصل الثاني

تعريف الاكتئاب وتشخيصه

هل الاكتئاب مرض؟ يجد الكثيرون صعوبة في تخيل المرض العقلي كما يتخيلون مرض السرطان مثلاً أو أمراض القلب، وقد يكون أحد أسباب ذلك أننا كثيراً ما ننسى أن أفكارنا الطبيعية وغير الطبيعيّة تقوم على أسس بيولوجية، فهي نتيجة لنشاطات محددة تقوم بها الخلايا العصبية في الدماغ. وإذا كان المرض مجموعة من الأعراض والعلامات، فإن العلة هي المسبب البيولوجي والنفسي الذي يقف وراء تلك الأعراض والعلامات، ولا بد أن نتذكر الفرق بينهما للتغلّب على صعوبة تعريف الاكتئاب.

يُصنَّف الاكتئاب أنّه خلل في المزاج، مثلما يُصنَّف السرطان أنّه خلل في الخلايا، ولكن ما المزاج؟ يمكننا تعريفه بالقول إنه حالة انفعالية تدوم فترة طويلة من الزمن، وتعد معظم الانفعالات حالات عابرة تقوم على ردود الفعل نحو الأحداث الخارجية والأفكار الداخلية. أمّا المزاج أو بالأحرى اختلال المزاج، فقد يدوم أشهراً كما هي الحال في الاكتئاب. وهناك مصطلح آخر للإشارة لاختلال المزاج وهو «الخلل العاطفي»، ويستخدم كلاهما

للتعبير عن الحالة ذاتها، ويُشار كذلك إلى مشاعر الخوف والحزن أنها انفعالات عاطفية، وهي مشاعر تشترك فيها كلُّ الثقافات، غير أن تلك الانفعالات تتحول إلى مرحلة المرض إذا شكلت عائقاً أمام مواصلة الإنسان حياته اليومية الطبيعية، فتصبح بذلك حالة مرضية، ومن البديهي أن نحاول فهم الأسس البيولوجية والنفسية للانفعالات قبل أن نصل إلى فهم الاكتئاب.

لقد تغيرت المفاهيم الطبية المتعلقة بالاكتئاب والكآبة في العالم الغربي خلال الألفي عام الماضية، وقد كانت الكلمتان تشيران في وقت من الأوقات إلى علَّة ما، أو الحالة المزاجية للشخص أو إلى طبعه، أو ربما شعور ما يستحوذ على الشخص فترةً قصيرة. واستمرت الأمور كذلك حتى القرن الثامن عشر عندما بدأ مصطلح الاكتئاب يتخذ موقعه ضمن دراسات ما كان يُعرف بالملنخوليا، وقد كان مصطلح الملنخوليا يغطي عدداً كبيراً من الحالات الانفعالية آنذاك، وليس فقط ما يُعرف اليوم بالاكتئاب.

عزا بنجامين رسك (1745 – 1813) -الذي يُعرف أحياناً بأبي الطب النفسي الأميركي- أسباب الاضطرابات العقليّة إلى شرايين الدم في الدماغ، غير أن طرق العلاج التي اقترحها كانت أشبه بطرق جالينوس القديمة من حجامة واستخدام للمقيّئات وتقنين للطعام.

لم يُشخَّص الاكتئاب الشديد الذي نعرفه الآن كنوع من الملنخوليا حتى بدايات القرن التاسع عشر، وكان يُعرف قبل ذلك

بـ«الكمد» أو «وسواس المرض»، وكان يصنَّف أحياناً كنوع من أنواع الاضطراب العصبي. ولطالما ارتبطت الملنخوليا بوسواس المرض، فقد ربط الأطباء اليونانيون القدماء بينها وبين آلام المعدة بما فيها حرقة المعدة، أما روبرت برتون فقد تحدث عن «تجشؤ حاد».. و«حرارة في الأمعاء».. و«آلام في البطن»، وتعرق غير مبرَّر في جميع أنحاء الجسم. وفي نهاية القرن التاسع عشر صُنِّف وسواس المرض أنه عارض يتميز بالقلق المرضي تجاه وظائف البدن وصحته. واليوم يرتبط وسواس المرض بالاكتئاب فقط في الحالات التي يظهر فيها الاضطراب النفسي بصورة أعراض جسمانية (ويُعرف ذلك أيضاً بالنهك العصبي أو التهاب العصب)، وتُعدُّ هذه الحالة تعبيراً مجازياً عن الكدر الشخصي.

ظهر مصطلح الاكتئاب للتعبير عن حالة الاضطراب العقلي التي تتميز بتدني الحالة الانفعالية للشخص خلال القرن التاسع عشر، وبحلول عام 1860 ظهر المصطلح في المعاجم الطبية معرَّفاً أنه: «هبوط في الحالة المعنوية للشخص المصاب بالعلة»، وربما فضَّل الأطباء آنذاك استخدام هذا المصطلح على استخدام مصطلح الملنخوليا، لأنه يوحي بوجود تفسير فسيولوجي للحالة، عدا أنه بدا لهم مصطلحاً علمياً أكثر من الملنخوليا. وقد أشار كرافت أيبنج في كتابه «الطب النفسي» عام 1879 إلى الملنخوليا قائلاً إن سبب الإصابة بها يرجع إلى «حالة شاذة في العضو النفسي نتيجة خلل في التغذية». وفي نهاية القرن عُرِّف الاكتئاب كحالة تتميز بهبوط

في المعنويات وتراجع في روح المبادرة ونقص في الشجاعة وسيطرة للأفكار السوداوية، أو حالة تدهور عقلي تسيطر فيه التعاسة دون سبب واضح.

كان لإميل كرابلين في بداية القرن العشرين تأثير كبير على تغيير مفهوم الاكتئاب من خلال كتابه التعليمي الشهير «الطب النفسي السريري»، الذي تضمَّن ما نعرفه اليوم بالاكتئاب الهوسيِّ، والاكتئاب غير الهوسي، بالإضافة إلى إدراج فروق مهمة مازالت مقبولة بين الاكتئابات أحاديّة الأفق التي تتضمن الاكتئاب الحاد والخفيف، والاكتئابات ثنائية القطب التي ترافقها فترات من الهوس.

أتناول في هذا الكتاب بشكل أساسي الاكتئابات أحادية القطب، ومع ذلك لا بد من التعرف إلى الاكتئاب الهوسيِّ الذي يعد اضطراباً مختلفاً، غير أنّه يتقاطع مع الاكتئابات أحادية القطب في بعض الأعراض. لم يقدم كرابلين الشيء الكثير في مجال علاج الاكتئاب، فقد كان يدعو للراحة وملازمة الفراش فترة من الزمن، وينصح بإبعاد المرضى عن الأشخاص المزعجين، وعدم تشتيت ذهن المريض بالنزهات في صحبة الآخرين. أما أدولف ماير؛ الشخصية المعروفة في الطب النفسي الأمريكي في النصف الأول من القرن العشرين، فقد أكد دورَ ردِّ الفعل النفسي في مرض الاكتئاب، ورأى في العلاج النفسي «خدمة للمريض»، إذ يقدم المعالج للمريض إحساساً بالأمان وتفهُّماً لوضعه الشخصي.

ظهر كثير من الكتابات والنقاشات في الثلث الأول من القرن العشرين حول تشخيص الاكتئاب وتصنيفه إلى أنواع مختلفة، وعلاقة هذه الأنواع بالهوس. وعلى سبيل المثال، فقد صُنِّفت «الملنخوليا الأَوْبية» حسب الأعراض المتشابهة مع الاكتئاب مثل الخوف والشعور بالذنب والتشتت الذهني. وفي هذا السياق جاء بول موبيس في القرن التاسع عشر بفكرة تركت تأثيرها على تعريف الاكتئاب فيما بعد، ألا وهي التفريق بين الاضطرابات باطنية المنشأ، والاضطرابات خارجية المنشأ، فتعكس الأولى الاستعدادات الوراثية للإصابة، في حين تعكس الثانية تأثير الأحداث الحياتية على المرض.

جاء سيغموند فرويد بفكرة أخرى أثرت في مسيرة فهم مرض الاكتئاب وتشخيصه عندما ناقش العلاقة بين الحداد بعد الفقد واقتراحه أن الكآبة ترتبط بشكل ما بفقد شيء ينسحب من الوعي، وخسارة هذا الشيء تسبب قيمة داخلية مشابهة للحداد أو الحزن، وهكذا فهي مسؤولة عن حالة الكآبة.

لا أملك إلا أن أتعاطف مع هؤلاء العلماء لما واجهوه من مصاعب في التعامل مع الاكتئاب، إذ لم يكن هناك علم خاص بالعقل أو الدماغ يستند إليه هؤلاء في محاولة فهم الاكتئاب أو علاجه، ويبدو ذلك واضحاً الآن، ففهمنا العلمي لمعظم الأمراض البدنية بدأ في أواخر القرن التاسع عشر فقط، أما التطبيقات العلمية التي يمكن أن تساعد المرضى فلم تبدأ إلا في الثلث الأول

منَ القرن العشرين.

تظل الأعراض المختلفة لمرض الاكتئاب التي يشكو منها المريض عائقاً أمام التشخيص الدقيق للمرض إلى يومنا هذا. ومع الأسف، فلا يوجد حتى الآن اختبار واحد موثوق فيه يمكن من خلاله تشخيص المرض مثلما هي حال فحوصات الأمراض الأخرى، التي تحدد الالتهابات البكتيرية مثلاً، ولا يمكن تحديد أعراض ثابتة ومتكررة للاكتئاب مثل الأعراض المصاحبة للحصبة أو النكاف على سبيل المثال. وقد كان هناك بصيص من الأمل في وقت سابق أن يقوم فحص هرمونيٌّ لقياس ردود الفعل إزاء محفزات محددة بتوفير أداة مناسبة لتشخيص الاكتئاب، إلا أن الفحص أثبت عدم نجاحه.

من الصعب جداً تحديد متى يتحول اختلاف عادي في المزاج إلى اكتئاب. هل تكون الأشكال المختلفة من الاكتئاب متسلسلة، وهل تعكس التشخيصات المختلفة حدة الاضطراب فقط؟ بمعنى هل يمكن اعتبار الأشكال المختلفة للاكتئاب انعكاساً لحالة واحدة؟ لقد كان التمييز بين الاكتئاب النفسي والاكتئاب العصبي، على سبيل المثال، لا يزيد كثيراً عن التمييز بين الاكتئاب الحاد والاكتئاب الخفيف، أمّا الآن فمصطلح الاكتئاب النفسي يشير إلى الاكتئاب الحاد الذي تصحبه أوهام وهلاوس. وهناك فرق آخر، وإن كان ضبابياً بعض الشيء لكنه مستخدم على نطاق واسع، يعتمد على مصطلحات موبياس، وهو الفرق بين الاكتئاب

باطنيِّ المنشأ والاكتئاب التفاعلي، ويُعتقد أن الثاني يحدث نتيجة المرور بتجارب حياتيّة معينة تؤثر سلباً على نفسية المريض، أمّا الاكتئاب باطنيُّ المنشأ فيرى كثيرون أنّه يعود إلى أسباب بيولوجية محضة.

تتمحور شكوى مرضى الاكتئاب في المجتمعات الغربية حول شعورهم بالتفاهة واليأس تصاحبه رغبة في الانتحار، وكلها أسباب نفسية اعتيادية في حالات الاكتئاب. كما تصاحب الأعراض النفسية أعراض بدنية مثل تكرار الشعور بالصداع وآلام المعدة وتسارع دقات القلب. ويجد بعض المرضى صعوبة في بذل أي جهد للقيام بأبسط الأمور، وقد تظهر على وجوههم أعراض الاكتئاب المتمثلة في مسحة الحزن الغالبة على الملامح؛ فالعيون مطفأة، وأطراف الفم منسحبة إلى الأسفل، وتظهر بشكل واضح آثار البكاء على الوجه المتصلب من الحزن. ويشعر كذلك المريض بالدونية وفقدان القيمة الذاتية بالإضافة إلى اليأس، وتغلب عليه الأفكار غير الواقعية التي تدفعه للوم ذاته باستمرار وتحميلها مسؤولية المرض، وقد ترافق ذلك أوهام وهلاوس في حالة الاكتئاب الحاد، حين يتخيل المريض أنه السبب في وقوع كوارث بعيدة عنه، وكثيراً ما يشعر مريض الاكتئاب أنه على حافة فقدان قواه العقلية. ويطلب المكتئب المساعدة دائماً، ويظل يرثي لحاله باستمرار، لكنه لا يقتنع بأي حل. كما يخطئ من يظن أن المكتئب يبدو دائماً سلبياً ومنسحباً من كل مواجهة، فالغضب

والعدوانية وسرعة الهياج هي من الأعراض الشائعة بين مرضى الاكتئاب، وقد ظهر في دراسة تناولت مرضى الاكتئاب غير المقيمين بالمستشفيات، أن ثلث المجموعة عانت من نوبات مفاجئة من الغضب رافقها تسارع في ضربات القلب وتعرُّق ونوبات من الحرارة، وقُرنت نوبات الغضب تلك بالاكتئاب المرتبط بالقلق.

كثيراً ما يجد الأطباء صعوبة في تشخيص الاكتئاب نظراً لتنوع الأعراض المصاحبة له، وعدم وجود فحص موضوعي موثوق فيه للتعرف على الاكتئاب في حال الإصابة به، وتعتمد الفحوصات الحالية على مقابلة بين المريض والطبيب النفسي بعد أن يحصل الطبيب على معلومات حول التاريخ الطبي والنفسي للمريض، بالإضافة إلى وصف مفصل للأعراض التي يشعر بها، يقارن بعدها الطبيب كل المعلومات المتوافرة لديه طبقاً للمعايير التشخيصية المتفق عليها في مهنة الطب النفسي. ومن المراجع المهمة في مجال تشخيص الاكتئاب «كتيب إحصاء الاضطرابات العقلية وتشخيصها»، الطبعة الرابعة (DSM.IV)، وقد قام بوضعه الأطباء في الجمعية الأمريكية للطب النفسي بهدف جمع أكبر عدد من المعلومات الموثوقة المتعلقة بالصحة العقلية، ويوفر المرجع تصنيفات مختلفة للاضطرابات العقلية لتطبيقها ضمن الأطر التعليمية والبحثية والسريرية. مالت الطبعات السابقة من الكتيِّب إلى أفكار التحليل النفسي، لكن هذا الميل اختفى تقريباً في الطبعات اللاحقة، فلقد أكد المؤلفون أن المقاييس الموضوعة في الكتيب ما

هي إلا خطوط عريضة فحسب، ولا بد من تطبيقها بحذر ولاسيَّما عندما يتعلق الأمر بمرضى من مرجعيات ثقافية مختلفة. وهناك بالطبع تصنيف عالمي آخر للاضطرابات العقلية ضمن تصنيفات منظمة الصحة العالمية للأمراض والمعروف بـICD-10.

يُصنِّف الكتيب DSM-IV أنواع الاكتئاب المختلفة تبعاً للأعراض الموجودة التي تتّبع تشخيصاً محدداً، وبالرجوع إلى قائمة الأعراض والتحقّق من وجودها يمكن للطبيب النفسي أن يصنّف حالة المريض في فئة بعينها. فنجد مثلاً في الكتيب توضيحاً لمرحلة من مراحل الاكتئاب الشديد على أنها تدوم أسبوعين على الأقل، يسيطر خلالها على المريض مزاجٌ اكتئابي وفقدان للاهتمام والمتعة بجميع نشاطاته اليومية تقريباً. وبالإضافة إلى ذلك فلا بد من توافر خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية:

- اكتئاب في المزاج معظم اليوم.
- تقلص في الشعور بالاهتمام والاستمتاع.
- زيادة ملحوظة أو نقصان ملحوظ بالوزن.
- اختلاف عدد ساعات النوم بالزيادة أو النقصان.
- نقص القدرة على السيطرة على حركات الجسم.
- الإرهاق.
- الشعور بالتفاهة أو الذنب.
- فقدان القدرة على التفكير والتركيز.
- التفكير بالموت أو الانتحار.

لايزال الحد الفاصل بين الاكتئاب الشديد والاكتئاب المزمن الأقل حدة غير واضح تماماً، أما الحد بين الاكتئاب الخفيف وذاك الشديد فهناك مسافة وعرة قد تعد متسلسلة أحياناً وعلى الطبيب أن يقرّر أين يقع تصنيف مريضه بالتحديد ضمن تلك المتسلسلة، لكن احتمال اختلاف الاكتئاب الشديد في النوع والشدّة يظل أمراً وارداً. أما الاكتئاب المزمن فيتم قياسه بدخول المريض في مزاج مكتئب مدة أسبوعين على الأقل مع وجود عارضين من الأعراض التالية:

- فقدان الشهيّة أو الشراهة.
- اختلاف عدد ساعات النوم زيادة أو نقصاناً.
- الإرهاق وفقدان الطاقة.
- الشعور بالتفاهة.
- انخفاض القدرة على التركيز واتخاذ القرارات.
- الشعور باليأس.

لا تتضمّن المقاييس التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في التصنيف العالمي للمرض (ICD-10) استخدام مصطلح «الاضطراب الاكتئابي الشديد»، بل مصطلحي «الاضطراب الاكتئابي» و«الاضطراب الاكتئابي المتكرر»، ويتطلب الاضطراب الخفيف وجود أربعة عوارض اكتئابية، أمّا الاضطراب المتوسط فيتطلب وجود ستة عوارض، ويتطلب الاضطراب الحاد وجود ثمانية عوارض. ويشير اختلاف التصنيفات السابقة إلى عدم وجود

تشخيص واحد ومحدد للاكتئاب، أو حتى وجود تشخيص واحد محدد للتفريق بين الاكتئاب الحاد والخفيف.

هناك فارق مهم يستخدم عادة للتمييز بين الاضطراب الأوَّلي والاضطراب الثانوي، مع أنّ الأعراض قد تتشابه في الاضطرابين عند الفحص الطبي، بيد أن الأدلة تشير إلى اختلاف في نتيجة الاضطرابين، وكذلك في طرق علاجهما. ويشير الاضطراب الأوّلي إلى حالة تحدث للمرة الأولى، أو ربما يتكرر حدوثها بعد فترة من الحياة الطبيعية، وفي المقابل، فعادة ما يصحب الاضطرابات الثانوية تاريخ من الأمراض العقلية والأمراض البدنية الأخرى.

قد يكون الاضطراب مزمناً دون وجود فترات من الانفراج أو العودة إلى الحياة الطبيعية، وتختلف الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب من حيث النوع والحدة، فقد يشكو المريض من أعراض تشبه أعراض الاكتئاب الأوَّلي، وربما كانت هناك أمراض أخرى مثل تلف الدماغ أو انفصام الشخصية أو الإدمان على الكحول أو المخدرات.

من الغريب في الأمر أن التشاؤم واليأس وفقدان الأمل والقلق، كلها أعراض معروفة ومنتشرة بين المكتئبين، لكنها غير مشمولة ضمن أعراض الاكتئاب الشديد في تصنيف DSM-IV، فالقلق مثلاً غير مدرج ضمن علامات الاكتئاب، وإنما يأتي ضمن تصنيف اضطرابات القلق، ويتم علاجه بصورة منفصلة. هناك اقتراح يقول إن القلق والاكتئاب وجهان لاضطراب واحد، وقد

يهيمن أحدهما على الآخر في أثناء تطور المرض، وعادة ما يسبق القلق الحاد ظهور الاكتئاب الحاد، ومع ذلك فهناك أدلة أخرى تشير إلى انفصال الاضطرابين، وعلى سبيل المثال يشكو المصابون بالقلق من الارتباك عند تعاملهم مع الآخرين، ويجدون صعوبة في التأقلم داخل المجتمع أكثر من أولئك المصابين بالاكتئاب، الذين يجدون صعوبة في الاختلاط ويتحسسون من النقد المباشر. وتندرج أعراض القلق تحت بند اضطراب القلق العام، إذ يشعر المريض بقلق مفرط إزاء عدد من الأحداث والنشاطات، ويجد صعوبة في إيقافه، ويتزامن هذا القلق مع اضطرابات في النوم، وصعوبة في التركيز، وإرهاق شديد، وعادة ما يكون القلق غير متناسب مع الأحداث التي قد تشمل المال أو الأطفال أو الأمان الوظيفي.

يمثل الاكتئاب الحاد أو الاكتئاب الخفيف التشخيصين البارزيْن في مجال الاكتئاب، وثمة بالطبع عائلة من الاضطرابات الأخرى قد تتشابه ملامحها الرئيسية مع هذين المرضين، لكن لها أيضاً ملامح خاصّة بها، ويُستخدم مصطلح «المؤشِّر» لتمييز الفروق بين أعضاء هذه العائلة مثل الاكتئاب الهياجي والاكتئاب الشاذ، والاكتئابات التي تنتج عن إدمان المخدرات، وانسحاب مخدر الكوكايين، وكذلك تأثير تعاطي بعض أنواع الأدوية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك أنواع أخرى من الاضطرابات غير المحددة ضمن تصنيف DSM-IV، وتندرج تحت تصنيف «اضطرابات المزاج»، مثل

اكتئاب ما بعد الولادة، والاكتئابات الموسمية، وحالات الأسى.

يشترك اكتئاب ما بعد الولادة الذي يصيب النساء بعد فترة وجيزة من الولادة مع الاكتئاب الشديد في بعض الملامح، فقد تعاني الأم من الأوهام المتعلقة بالوليد، وربما تعتقد أن شيطاناً ما يسيطر على طفلها، أو أن الطفل يمتلك قدرات خارقة، وربما تسيطر على الأم أفكار سيئة حول مصير ابنها. وقد يتطور الأمر إلى ممارسة العنف تجاه الطفل الوليد، وبالطبع تشعر الأمّ بالذنب عندما تسيطر عليها تلك الأفكار والمشاعر، في حين يعتقد كل من حولها أنها سعيدة بمولودها الجديد.

تندرج ردود الفعل الشاذة الناجمة من حالة الأسى لفقد عزيز ضمن اضطرابات المزاج، ويتعافى الإنسان العادي تدريجياً من حالة الأسى خلال بضعة أشهر من فقدان الشخص المسبِّب للحالة، وعادة لا يتطلب الخروج من الأزمة علاجاً محدداً، وفي أثناء ذلك تظهر على هذا الشخص أعراض مشابهة لتلك التي يعاني منها المكتئبون، مثل الحزن العميق، والأرق، وفقدان الشهية، لكن تشخيص الإصابة بالاكتئاب الشديد لا يتم إلا إذا استمرت الأعراض السابقة أكثر من شهرين متتالين، ولاسيما إذا ما رافقها شعور بالذنب أو بعض الهلاوس أو فقدان السيطرة على الانفعالات.

تتميز الاضطرابات العاطفية الموسمية (SAD) بتزامن حدوثها مع فصول معينة في السنة، مثل الاضطرابات المرتبطة بفصل

الشتاء، ويُعتقد أن قلة التعرض لضوء الشمس خلال هذا الفصل يُحرك هذا الاضطراب، الذي يميزه الخمول والنوم المفرط والرغبة المُلحَّة في تناول الكربوهيدرات، ممّا يؤدي بالطبع إلى زيادة واضحة في الوزن.

أما وسواس المرض، فهو الانهماك الدائم في تصور أمراض بدنية غير موجودة كالسرطان، وهو مرض مصنَّف في كتيب DSM-IV، ومن أعراضه البارزة القلق الدائم على الصحة وتصور أمراض غير موجودة، وقد تثير أحاسيس بسيطة مثل اختلاف شدة ضربات القلب من وقت إلى آخر، قلق المريض إلى أبعد الحدود، بحيث لا يمكن طمأنته رغم التأكيد على عدم وجود أي مرض عضوي. وينتشر وسواس المرض بين المصابين بالاكتئاب، ولكن لا يمكننا تصنيف وسواس المرض عارضاً من أعراض الاكتئاب، مع أن الدراسات تشير إلى أن المصابين بوسواس المرض معرضون أكثر من غيرهم للإصابة باكتئاب شديد بنسبة عشرة أضعاف. وتفرِّق بعض الثقافات بين الألم الجسدي والألم النفسي بصورة واضحة، لكن بعضهم يرى أن وسواس المرض ما هو إلا «جسدنة» لمرض الاكتئاب. المعروف أن الجسدنة (تجسيد المرض النفسي) أمر شائع في المجتمعات غير الغربية بسبب الوصمة الملحقة بالأمراض العقليّة، غير أن وجود الجسدنة في المجتمعات الغربية أمر لا يخفى على أحد كذلك، فقد أكدت دراسة شملت ألف مريض يراجعون العيادات الطبية، خلو ثلثي العدد من أي أمراض عضوية. فإذا كان

السبب الرئيس من زيارة الطبيب العام هو وجود أعراض جسدية مقلقة، فإنّ التشخيص الواضح في الدراسة هو انعدام الخلل العضوي الذي قد يسبب مثل تلك الأعراض، ومع ذلك فلا بد أن ندرك أن التفريق بين الأعراض الناتجة عن المرض العضويّ وتلك المتأتية من أمراض نفسية ليس بالأمر السهل، وينبغي أن نحدد إن كانت الأعراض النفسية تُخفي وراءها اكتئاباً ما، أو أن تلك الأعراض تشير بالفعل إلى مرض عضوي.

ومن الغريب أن نلحظ اختفاء حالات الخلل العضوي الشديد مثل العمى أو الصمم أو الشلل الناتجة عن صراعات انفعالية؛ تلك التي اشتهر فرويد بعلاجها، وربما كان أحد أسباب اختفائها أنها عادت فعلاً إلى أسباب عضوية لا نفسية.

ولطالما كان الإرهاق أحد الأعراض المعروفة للاكتئاب، وهو مرتبط كذلك بمتلازمة الإرهاق المزمن كذلك. وينتشر الاكتئاب بصورة أكبر بين المصابين بالإرهاق من أولئك المصابين بأمراض بدنية أخرى، ممّا يؤدي إلى صعوبة التنبؤ بوجود المتلازمة بين أولئك المرضى، وبالتأكيد فإن الأطباء يجدون صعوبة في التمييز بين الاكتئاب ومتلازمة الإرهاق، مع أن بعض المرضى لا تظهر عليهم أعراض الاكتئاب. وتثير متلازمة الإرهاق المزمن جدلاً كبيراً، إذ يُعرف الإرهاق المزمن أنه إرهاق يفوق حد الاحتمال من حيث الشدة، ويستمر ستة أشهر أو أكثر، ولا يمكن إرجاعه لمرض بدني محدد. ويثير ذلك تساؤلات حول تشابه مرض الاكتئاب والإرهاق

المزمن، إذ إن الإرهاق المزمن أحد الأعراض الشائعة جداً لمرض الاكتئاب، وقد وجدت بعض الدراسات أن معظم المصابين بالإرهاق المزمن يسجّلون نقاطاً متقدمة عند خضوعهم لمقياس الاكتئاب، مع أنهم عادة لا يتقبلون وجود خلل نفسي يسهم في حالة الإرهاق التي يعانون منها.

لقد تطوَّر كل ما سبق من تشخيص بالإشارة إلى المرضى البالغين، بيد أن ما لا يدركه الآباء والمدرسون أن الاكتئاب ينتشر بصورة مضطردة بين الأطفال والمراهقين، وأصبحت لدينا الآن دراسات تؤكد أن إصابة الأطفال باكتئاب شديد قد تبدأ من سن الثالثة، فيصاب هؤلاء الأطفال بحالة طاغية من الحزن وتعكُّر المزاج، ويفقدون إحساس المتعة فيما يفعلون، ولتشخيص هذه الحالة بالاكتئاب لا بد أن تستمر يومياً مدة أسبوعين أو أكثر، ويصاحبها أربعة أعراض أخرى على الأقل مثل وجود أفكار شاذة غير اعتيادية، أو إحساس بالذنب أو اليأس، بالإضافة إلى اضطراب في النوم وفقدان الشهية أو زيادتها زيادة مفرطة، وفقدان الطاقة والضعف في التركيز. وبالطبع لا يمكن تمييز الاكتئاب بسهولة لدى الأطفال، إذ يتعرضون كثيراً لتعكر المزاج بعد مواجهتهم تجارب صعبة في البيت أو المدرسة مع أصدقائهم، لكن لا يعني ذلك بالضرورة إصابتهم بالاكتئاب إلا إذا توافرت الأعراض التي ذكرناها سابقاً.

تختلف أعراض الاكتئاب وشدّته تبعاً لعمر الطفل وجنسه،

فعلى سبيل المثال تبدو مظاهر الحزن واضحة على الأطفال في الفئة العمرية من 5–12 سنة، ويعانون من حالات هياج بالإضافة إلى اضطرابات في النوم، أما المراهقون ضمن الفئة العمرية من 12–16 سنة، فيتحدثون بوضوح عن شعور بالتدهور وفقدان الأمل، كما يفقدون قدرتهم على التركيز، مما يؤثر سلباً على تحصيلهم العلمي في المدرسة. ويفقد الأطفال في المجموعتين رغبتهم في الحياة، غير أن الأطفال تحديداً نادراً ما يحاولون الانتحار على النقيض من المراهقين.

تتطور الأعراض التي تنذر بحدوث الاكتئاب خلال فترة زمنيّة قد تبدأ بعدة أيام وتصل إلى عدة أسابيع، وتتضمن هذه الأعراض القلق المرضي وأعراضاً أخرى للاكتئاب الشديد لكن بصورة أخف. وإذا تمكن الاكتئاب الشديد من الشخص، فإنه عادة ما يستمر ستة أشهر، وقد يتعداها إذا لم يعالج. ولا ترتبط هذه الفترة بعمر الشخص المصاب، مع أن الدراسات تشير إلى أن الاكتئاب يهاجم ضحاياه في أواسط العشرينيات من العمر. يعود معظم المصابين إلى حياتهم الطبيعية بعد تراجع فترة الاكتئاب، أما بالنسبة إلى المريض، فقد تبدو ستة أشهر عمراً بأكمله عندما يقضيها تحت سيطرة المرض، ومع ذلك فإن معظم المرضى لا يستشيرون الطبيب لتلقّي التشخيص والعلاج المناسبين للحالة، فنجد أن ثلاثة أرباع حالات الاكتئاب الشديد في اليابان والولايات المتحدة ظلت دون علاج. وقد يظل عدد ضئيل من المرضى في قبضة الاكتئاب سنتين

أو أكثر، فيصنف عندها الاكتئاب بالمرض المزمن. وفي حالات الاكتئاب الخفيف قد يستمر المرض عدة سنوات في ربع الحالات المصابة، ويعاني نصف المرضى الذين تعافوا من اكتئاب شديد من عودة الاكتئاب لاحقاً أكثر من مرة، فإذا تعرض الشخص لثلاث حالات من الاكتئاب، زادت فرصة تعرضه لحالة رابعة بنسبة 95٪.

هناك عدة أنواع من الاستبيانات التي يشارك فيها المرضى، وتستخدم أداة لقياس انتشار الاكتئاب بين السكان وحدته، ونجاعة العلاج المطروح لمساعدة المرضى. ومن أوسع هذه الأنواع انتشاراً استبيان بيك لقياس شدة الاكتئاب (BDI)، الذي يحتوي على مجموعة من العبارات المتعلقة بالمشاعر نحو المستقبل، ومشاعر الحزن، واضطرابات النوم، والاهتمام بالجنس، والأفكار المتعلقة بالانتحار، ويقوم المريض باختيار العبارة التي تصف مشاعره خلال الأسبوع المنصرم من كل مجموعة، وتبدو المجموعات بالصيغة التالية:

0- لا أشعر بالحزن.

1- أشعر بالحزن.

2- أشعر بالحزن طيلة الوقت.

3- أنا حزين لدرجة أني لا أستطيع الخروج من حزني لفترة وجيزة.

0- أعمل بالكفاءة ذاتها التي كنت أعمل بها في السابق.

1- يتطلب القيام بأي عمل مجهوداً إضافياً مني.

2- أدفع نفسي دفعاً للقيام بأي عمل.

3- لا أستطيع القيام بأي عمل على الإطلاق.

هناك 21 سؤالاً، ولكل عبارة قيمة عددية تضاف كلها في النهاية لتحقيق نتيجة ما، فإذا كانت النتيجة 16 فما فوق، فإن ذلك يعني الإصابة باضطراب اكتئابي، أمّا إذا كانت النتيجة بين 30-63 فإنها تشير إلى الإصابة باكتئاب حاد.

هناك أداة أخرى لقياس درجة الاكتئاب هي مقياس هاملتون، حيث يقوم شخص بإجراء مقابلات مع المرضى، يوجه خلالها أسئلة للمريض تتعلق بأفكاره ومشاعره، ثم يضيف قيمة محددة لكل سؤال، ويجمع كل القيم في نهاية المقابلة. وتتضمن المقابلة أسئلة عن القلق بالإضافة إلى أسئلة عن الأفكار والمشاعر. فعلى سبيل المثال، يُسأل المريض إن كان يعاني من الأعراض التالية: الارتجاف أو الارتعاش أو التعرق الزائد أو الشعور بالاختناق أو اللهاث أو الدوخة أو التسارع في نبضات القلب أو الصداع، أو آلام الرقبة أو المعدة، ثم تُقوَّم الإجابات طبقاً لمقياس من 0-4، حيث يعكس الصفر عدم وجود اكتئاب، فيما يعكس الرقم أربعة وجود اكتئاب حاد، وتُستخدم النتيجة لقياس شدة الاكتئاب بالطريقة الآتية:

الاكتئاب: سأسلك الآن عن شعورك خلال الشهر الماضي، هل تشعر أنك كنت مرحاً نوعاً ما، أم كنت مكتئباً؟ ماذا عن روحك

المعنوية، هل كانت عالية أم منخفضة؟ كيف تصف مزاجك؟ هل كنت منقبض الصدر؟ كسيفاً؟ حزيناً؟ كم مرة حدث ذلك؟ هل تعاودك هذه المشاعر بين فترة وأخرى؟ هل تتحسّن إذا كنت مع الآخرين؟ كم يستمر شعورك بالتحسن؟ هل رغبت في البكاء؟ هل تشعر بالراحة إذا بكيت؟ هل تشعر أحياناً بعدم القدرة على البكاء من شدة الألم؟

0- غير موجود: أو خفيف جداً، أو عرضيٌّ، المشاعر مشابهة للمشاعر العادية وليست أسوأ منها.

1- خفيف: المشاعر مستمرّة وُصفت بتقلب المزاج، وانقباض بالصدر أو حزن أو مشاعر مشابهة مكثفة وربما عرضيَّة وقد تزول مؤقّتاً بوجود الصحبة، أو بالوجود في مكان العمل.

2- معتدل: مشاعر اكتئاب مستمرة أو متكررة، وكآبة مسيطرة، وشعور بالحاجة إلى البكاء، وبكاء بين الحين والآخر، ولا تتحسن المشاعر بالوجود مع الآخرين.

3- ملحوظ: مشاعر أكثر كثافة وحضوراً، وبكاء متكرر، واستمرار لسيطرة المشاعر خلال النهار.

4- حادٌّ: شعور حاد مستمر يوصف عادة بمؤلم، ولا يخففه البكاء، شعور مستمرٌّ بالوجع لا يداويه شيء.

شعور بالذنب: هل لديك انطباع سيئ عن ذاتك؟ هل تلوم نفسك على أمور قمت بها سابقاً أو حالياً؟ هل تشعر بالذنب إزاء الأشياء؟ هل تشعر أنك تخذل عائلتك أو أصدقاءك؟ هل تشعر

أنك المسؤول عن مرضك؟ لأي درجة؟ قليلاً؟ أو كثيراً؟ هل ترى أن مرضك نوع من العقاب؟

0- غير موجود: أو شعور خفيف بلوم الذات لا يختلف كثيراً عن المشاعر العادية.

1- خفيف: انطباع سيئ عن الذات مع شعور متواصل بالندم على أفعال سابقة لا تتجاوز الأفعال الطبيعية التي قد يقوم بها أي شخص.

2- معتدل: شعور مكثف بالذنب ولوم الذات يصل إلى حد المرض بتقدير المقيِّم.

3- حادٌّ: شعور طاغٍ بالذنب ولوم الذات، بالإضافة إلى شعور وجودي بالتفاهةٍ، وعاد ما يؤدي ذلك إلى اعتقاد المريض أنه يُعاقب على أفعال سيئة سابقة من خلال المرض.

4- أوهام بالذنب: شعور مرضيٌّ بالذنب مع وجود هلاوس سمعية تؤكد الذنب أو دونها.

تبقى الاستبيانات والمقابلات محدودة الفاعلية لأن طريقتها تقوم على تبسيط مشاعر المريض، ليتم احتواؤها ضمن تصنيفات معيَّنة، ومع ذلك فقد وفرت تلك الوسائل أداة بحثية قيِّمة لدراسة الاكتئاب بموضوعية لا يمكن أن تتحقّق بسهولة في أثناء المقابلات الطبية، لكن اختصار مرض الاكتئاب في تصنيفات مقتضبة أمر في منتهى الصعوبة بالنسبة إلى الطبيب الذي يقع على عاتقه قرار تشخيص حالة المريض وتصنيفها لتلقّي العلاج اللازم، آخذاً

بعين الاعتبار الوضع العام له، بما في ذلك حياته الخاصة وعلاقاته الاجتماعية وحالته الاقتصادية والصحية أيضاً. يقول ستانلي جاكسون في نهاية كتابه «تاريخ الاكتئاب»: «*مهما حاولنا التشبث بالموضوعية في تعاملنا مع الاكتئاب، أو اتصالنا بشخص مكتئب، ومهما حاولنا تحديد الاكتئاب السريري، والتعرف على العوامل النفسية العصبية أو الكيميائية العصبية التي تقف خلفه في حالة شخص محدّد، فإننا في النهاية لا نملك إلا أن نتأثر بما نراه من ألم المرضى، وقد يصحبنا الاكتئاب إلى بيوتنا آخر النهار، فما نحن إلا بشر في نهاية المطاف يعرفون معنى الفقد والإخفاق والخذلان، ولم ينجُ أحدنا من تجربة الحزن والكمد، وهكذا يضعنا ألم الآخرين وجهاً لوجه أمام إنسانيّتنا*».

الفصل الثالث

الهوس

يختلف الاكتئاب الهوسيُّ، المعروف أيضاً باسم الاكتئاب ثنائي القطب، عن الاضطرابات التي ذكرناها في الفصول السابقة، فهو يتميَّز بتقلبات ملحوظة في المزاج، إذ تتناوب على المصاب حالات من الكآبة الشديدة تعقبها حالات من الانتعاش غير العادي، وتتشابه حالات الكآبة تلك مع حالات الكآبة في الاكتئاب أحادي القطب، غير أن ما يميِّز هذا النوع من الاكتئاب هو حالات الهوس التي تعدُّ الوجه الآخر للاكتئاب. ويصف لنا الكاتب ثيودور ريتكي حالة غامضة من تداخل الهويات والتجارب كان قد مرَّ بها في أثناء إصابته بالاكتئاب الهوسي، وهي حالة نموذجية بالفعل بالنسبة إلى المصابين بهذا المرض. ويشرح ريتكي كيف شعر فجأة في أحد الأيّام أنه على أفضل ما يرام، وأحس كما لو كان شجرة أو زهرة أو عشبة خضراء أو ربّما أرنباً، ثم حمله شعوره الرائع إلى الخارج وأخذ يمشي إلى أن وصل مطعماً، فتملَّكه إحساس الأسد، وقرر أن يدخل المطعم أسداً، وطلب قطعة كبيرة من اللحم غير المطبوخ وأخذ يتلذذ في أكلها، ولم يتوقف إلا عندما أحس بتقزز

زبائن المحل ممّا يفعله، وعندها أدرك أنه يتصرف بطريقة غريبة.

كما وصفت الطبيبة النفسية كاي ريدفيلد جامسون حالة الاكتئاب الهوسي التي أصيبت بها ببراعة شديدة في كتابها «العقل الهائج»، حيث تقول: «*هناك نوع خاص من الألم والنشوة والوحدة والرعب في هذا النوع من الجنون. فهو شعور رائع عندما تكون منتشياً، تتساقط عليك الأفكار والمشاريع كالشهب المضيئة، فتتبعها حتى تنحرف وراء فكرة أخرى أجمل وأبهج، وهكذا يختفي الخجل ويصبح المرء متحدِّثاً لبقاً يأسر قلوب الآخرين ويثير اهتمامهم، ويتوهَّج الجانب الحسي الشهواني، فيصاب الشخص برغبة جارُفة في إغواء الآخرين، ولا يقوى على مقاومة أي إغراء في طريقه. يملؤك شعور هائل بالقوة والمنعة والقدرة المادية غير المتناهية، إنه شعور رائع بالبهجة..*»، وهو الشعور الذي افتقدته كاي بعد أن أخذت تتعالج بمادة الليثيوم، لمحاربة حالة الهوس التي كانت مسيطرة عليها.

لقد أنفقت كاي في إحدى جولات التسوق في لندن مئات الجنيهات في شراء كتب محددة كانت عناوينها تُشبع رغباتها الهوسية في ذلك اليوم، فمن «تاريخ حيوان الخلد» إلى عشرين كتاباً مختلفاً من منشورات بنغوين (البطريق) لأنّها كانت ترى في ذلك اليوم أن البطاريق قد تؤلِّف مستعمرة جميلة في بيتها. كما قامت بسرقة قميص من أحد المحلات، لأنها لم تستطع الانتظار في الصف لتدفع ثمنه، وكانت تقف أمامها سيِّدة «دبقة القدمين» حسب تعبيرها،

فلم تحتمل الانتظار أكثر مما فعلت.

كتب الشاعر روبرت لويل عن تجربته مع الاكتئاب الهوسي مورداً تفاصيل مثيرة، وشرح كيف أصيب بحالة من الحماس المرضيِّ في أحد الأيام، فخرج في شوارع بلومنغتون في ولاية إنديانا وهو يصرخ ضد الشياطين والمثليين، وكان يؤمن بالفعل في تلك اللحظة أنه يستطيع إيقاف السيارات وشلَّ حركة المرور بمجرد الوقوف في وسط الشارع، وذراعاه مفتوحتان في وجه العالم. كما ظن أن الروح القدس قد تلبسه. وقد أضاف لاحقاً: «*لقد كان مروري بتلك التجربة، وما انطوت عليها من عنف ومجد ومخاطرة، أمراً مدمراً بالنسبة إليَّ*».

لاحظ ليونارد وولف تدهور حالة فرجينيا وولف الفكرية واللغوية بعد إصابتها بالهوس، وقد ذكر ذلك بالتفصيل قائلاً: «*لقد كانت تتكلم دون توقف يومين أو ثلاثة أيّام دون أن تعير انتباهاً لأحد حولها، وقد تقول جملاً مترابطة ومفهومة أحياناً، لكن في الغالب كان حديثها المتواصل ضرباً من الجنون، وشيئاً فشيئاً فقد حديثها أي معنى، وأصبح عبارة عن كلمات غير مترابطة تنساب من شفتيها دون توقف*».

هناك مثال آخر وأخير في هذا السياق يقدمه جون راسكن الذي كتب عن تجربته الخاصة مع حالة الحماس والبهجة والعالم الملوّن التي كان يعيشها قائلاً: «*كنت أرى النجوم تندفع بعضها نحو بعض، و كانت المصابيح في شوارع لندن تنزلق في الليل*

وتراقص.. لقد كانت أعصاب النظر والسمع في أوج حساسيتها آنذاك، عازفةً في عقلي معزوفة متناغمة من الأصوات والألوان الرائعة، بالإضافة إلى نوبات من الرعب والوهن أحياناً. ومع ذلك فقد تعلّمت كثيراً عن عالم الخيال والفانتازيا ورأيت بأم عيني كيف يختلط الواقع بالخيال، وبالطبع لم يكن ذلك ممكناً لولا وقوعي في تلك التجربة».

إن الطبيعة الحركية المتسارعة لمرض الاكتئاب الهوسي تشبه ما يحدث في الأفلام السينمائية، حين تتسارع الصور وتتلاحق بكثافة على الشاشة، على عكس التصوير الفوتوغرافي مثلاً، ويمكن للطبيب النفسي الذي يعاين مريضاً بالاكتئاب الهوسيِّ للمرة الأولى وهو ينتقل من حالة مزاجية إلى أخرى، من الكآبة إلى البهجة، أو من الاكتئاب إلى الهوس، ومن ثم العودة إلى الاكتئاب مجدّداً، أن يصف ذلك بأنّه أشبه بمشاهدة فيلم سينمائي في منتصف القصة، ومع ذلك تعيدك دوائر الأحداث المتسارعة دوماً إلى نقطة البداية في القصة.

نجد وصفاً آخر للهوس في كتابات قدماء الإغريق، فقد كتب أراتوس عام 150 م أن الهوس مرتبط بالفرح، فيذهب المصابون إلى السوق فرحين مبتهجين وكأنهم حقّقوا نصراً عظيماً، كما يعتقدون أنهم خبراء في كل شيء، فيدّعون معرفة الفلك والفلسفة والشعر، ومع ذلك فلم يتم التعرف بدقة إلى مرض الاكتئاب ثنائي القطب حتى عشرينيات القرن العشرين، وتم تمييزه منذ ذلك الوقت عن

الاكتئاب أحادي القطب. لكن لا بد أن نشير هنا إلى وجود هوس أحادي القطب دون اكتئاب. بالنسبة إلى الاكتئاب أحادي القطب، تحتلُّ النساء النسبة الأكبر من المصابين، إذ إن نسبة المصابات ضعف نسبة المصابين تقريباً، في حين تتساوى نسبة النساء والرجال المصابين بالاكتئاب ثنائي القطب.

يتميز الهوس بتحسن مفرط في المزاج دون سبب واضح في الظروف المحيطة بالمريض، فيبدو المريض مبتهجاً ومتفائلاً ومثيراً للغبطة فيمن حوله، غير أن حساسية بعض المرضى تزداد وقد تتحول إلى نوبات من الغضب، وتُعطي هذه الحالة المزاجية شعوراً بالنشوة وإحساساً مكثَّفاً بالسعادة فيبدو وكأنه مخمور من فرط الحبور، غير أن هذا الشعور سرعان ما يتلاشى لتحل محله حالة من الكآبة، فيتحول المرء من الضحك إلى البكاء، وهو أمر شائع جداً، إذ تتحول النشوة والسعادة إلى نوبات اكتئاب موجزة تهاجم المريض. قد تبدو معظم حالات الهوس حميدة لا ضير فيها، لكنها تؤدي أحياناً إلى سلوكيات مضخمة نتيجة الثقة المفرطة التي يشعر بها المريض، ففي بعض الحالات المتطرفة قد يعتقد المريض أنه سياسي عظيم أو زعيم ديني بتأثير الأوهام المتضخِّمة، وربّما يسمع أصواتاً تؤكِّد له ذلك، وقد يعتقد أن المؤامرات تُحاك ضده لما يمتلكه من قدرات خاصة.

يمتلك المهووسون طاقة هائلة قد تكون هدامة أحياناً، فتدفعهم إلى الحديث دون توقف ليل نهار، أمّا الأفكار والمواضيع

التي يتحدثون عنها فتتغير باستمرار، ويزخر عقلهم بمئات الأفكار في الوقت ذاته، وتصاحب ذلك قلة في النوم وضعف في التركيز، والأخطر من ذلك أنهم لا يعون تماماً غرابة تصرفاتهم وخروجها على عُرف المجتمع، فيرتدي بعضهم الملابس المبهرجة، في حين يبدو بعضهم الآخر أشعث غير مهندم، كما تزداد الرغبة الجنسية وتخرج عن السيطرة، وقد يطلق المهووس تعليقات جنسية أمام الغرباء دون تحفُّظ، كما ينحو المهووس نحو البذخ في غالب الأحيان، فيعطي ماله دون حساب وقد يشتري الكثير ممّا لا يحتاجه، وإذا لم تُلبَّ رغبات المهووس فقد يتجه للعدوانية. تستمر نوبة الهوس من عدة أيام إلى عدة شهور، وهناك احتمال كبير للجوء إلى الانتحار، أمّا تشخيص الهوس فصعب جداً أحياناً وربما تختلط أعراضه بأعراض الشيزوفرانيا، وغالباً لا يرى المرضى أنّهم مرضى ولا يعترفون بحاجتهم للعلاج.

وخلافاً لما ذكرنا حول تشخيص الهوس، يظل هذا المرض من أكثر الأمراض تحديداً في الطب النفسي، إذ يعرِّف مقياس DSM-IV الهوس أنّه فترة ملحوظة من البهجة المفرطة أو فترة من النزق بالإضافة إلى ثلاثة من الأعراض التالية:

- فرط النشاط.
- زيادة ملحوظة في التعبير اللفظي.
- تسارع الأفكار والخواطر.
- ثقة مفرطة وتضخيم للذات.

- قلة النوم.
- الشرود.
- سلوكيات طائشة غير حكيمة.
- تدهور ملحوظ في الوظائف المهنية والاجتماعية.

تندر الإصابة بالهوس قبل مرحلة البلوغ، وهوغير موجود لدى الأطفال دون سن التاسعة، وعادة ما يظهر الهوس للمرة الأولى قبل عمر الثلاثين، ويعاني أغلب المرضى من عودة الهوس مرة أخرى بعد شفائه، ويؤكد هذا أن الاضطرابات الثنائية القطب اضطرابات متكررة، ومن المظاهر المعروفة في الهوس أنه عادة ما يصيب الأشخاص في شهور الصيف، وفي المراحل الأولى للمرض تتقلص الفترات الفاصلة بين نوبة وأخرى. وإذا أصيب المريض بأربع نوبات أو أكثر من الهوس في السنة، فإن ذلك يعني أنه في مرحلة «الحلقة المتسارعة»، ويحدث ذلك للنساء أكثر من الرجال. ويظهر في بعض الحالات النادرة تذبذب واضح بين الهوس والاكتئاب، فينتقل المريض من الهوس إلى الاكتئاب ثم يعود إلى الهوس مجدداً خلال يومين، وفي حالات أخرى قد يتغير مزاج المريض من حالة الهوس إلى الاكتئاب أو العكس خلال دقائق، وينتشر الاكتئاب الهوسي بين المهنيين والإداريين بنسبة أكبر من غيرهم، وقد يعكس ذلك النواحي الإبداعية لديهم بسبب طاقتهم الهائلة ونزوعهم نحو المخاطرة.

الفصل الرابع

الثقافات الأخرى

هل الاكتئاب مرض عالميٌّ مثل أمراض القلب والسرطان؟ وهل تلعب التأثيرات الثقافية دوراً رئيساً في انتشاره؟ وإلى أي حد يمكن أن نقول إن الاكتئاب تجربة شائعة في كل الثقافات؟

إن تجربة الاكتئاب التي تحدَّثت عنها والتعريفات والتشخيصات التي أدرجت، تحمل في معظمها مرجعية غربية من حيث المفاهيم والمفردات المستخدمة التي تؤكد مفاهيم اليأس، والقلق، واحترام الذات، والشعور بالذنب، وكلها مفاهيم متجذرة في تاريخ مؤسسة الرجل الأبيض، ومن هنا يثير علماء الأنثروبولوجيا الطبية سؤالاً حول ما إذا كان مرض الاكتئاب مرضاً شائعاً في جميع الثقافات في محاولة لفهم طبيعته. لا بد لنا أولاً من استكشاف مدى التشابه بين تجربة الاكتئاب في الثقافة الغربية والثقافات الأخرى، ونظراً لعدم وجود دليل بيولوجي واضح لتشخيص الاكتئاب، فمن الصعب على الطبيب النفسي أن يقرر ما إذا كان العارض الذي يُصيب رجلاً من قبيلة يوروبا في نيجيريا هو العارض ذاته الذي يعاني منه محامٍ في نيويورك، أو صائد أسماك في نوفا سكوشا في كندا، وربما

كان العارض الذي يمكن احتماله في الهند، يتطلب علاجاً خاصاً في نيويورك، وما يُعد جنوناً في باربادوس قد يكون مقبولاً جداً في جمايكا.

تتمثّل الأمراض الانفعالية في الغرب من خلال مشاعر الحزن أو البهجة أو القلق والخوف، ومن ثم تكون هذه المشاعر القاعدة التي يُبنى عليها تشخيص الاضطرابات العاطفية ومن بينها الاكتئاب، وقد بدأت التفسيرات البيولوجية للأمراض العقلية تلعب دوراً كبيراً في طرق العلاج منذ ثمانينيات القرن العشرين، ولاسيما بعد نجاح العقاقير الطبية في السيطرة على أمراض بعينها مثل الاكتئاب والشيزوفرانيا. وقد أدى هذا التركيز على البيولوجيا العصبية للدماغ إلى تهميش العوامل الثقافية وإسهامها في تلك الأمراض، بالإضافة إلى المحاولات الدؤوبة لفرض التشخيص الغربي ووسائل القياس الغربيّة في مجال الأمراض النفسية على الثقافات الأخرى التي يختلف تراثها وأفكارها عن النموذج الغربي، ويوضح آرثر كلينمان في نقده لهذه الظاهرة أن الأسئلة الجوهرية في هذا الموضوع، ومن منظور عابر للثقافات، لا تتعدى محاولة التمييز بين السلوك العادي والسلوك الشاذ، وكيف يعيش المريض تجربة الاضطراب وكيف ينظر إليها، ومن ثم كيف يعبر عنها.

لقد شهدت الأفكار والمواقف المتعلقة بالأمراض النفسية في الثقافات الأخرى تغيراً ملحوظاً من بداية القرن العشرين حتى

الآن، فقد بدأت مقارنة الإصابة بالأمراض النفسية بين الثقافات بزيارة الطبيب النفسي الشهير إيميل كرابلين إلى جزيرة جاوة في بداية القرن العشرين، حيث لاحظ أن سكان جاوة لا يصابون بالاكتئاب إلا فيما ندر، وعزا ذلك إلى التركيبة الوراثية لسكان الجزيرة وليس إلى عوامل ثقافية خاصة بهم، فادّعى أن سكان جاوة متأخرون نفسياً وذهنياً مقارنة بالغربيين، ثم وصلت هذه الآراء العنصرية إلى أوجها عندما أعلن الطبيب النفسي جي سي كاروثرز أن هناك أوجه شبه مذهلة بين طريقة تفكير الأفارقة والأوروبيين الذين خضعوا لجراحة لإزالة جزء من الدماغ، وهي إحدى وسائل العلاج النفسي بالجراحة، واستنتج أن المجتمعات غير الأوروبية لا تصاب بالاضطرابات الانفعالية وأن «الإنسان البدائي الذي لم تلوثه الحضارة الحديثة لا يمكن أن يختبر المشاعر المرتبطة بالاكتئاب».

سادت بعد ذلك الأفكار التي تؤكد اختفاء الاكتئاب من إفريقيا أو ندرته على الأقل، ومع ذلك فإن الدراسات الحديثة تؤكد وجود نسبة عالية من الاكتئاب في إفريقيا، وقد تغير موقف الطب النفسي من التأثير الثقافي على الأمراض العقلية تغيراً جذرياً، واقترح علماء الأنثروبولوجيا الطبية أن التعبير هو في النهاية ردة فعل المريض على الحالة التي يمر بها، وهكذا فإن هذا التعبير يتأثر بالضرورة بالخلفية الثقافية للمريض، وهناك وجهات نظر متطرفة تقول بعدم وجود أي تشابه في الاكتئاب سواء من الناحية البيولوجية أو النفسية بين

الثقافات المختلفة.

من جهة أخرى يمكن أن نستخدم التمييز بين الحزن العادي الذي يصيب معظم الأشخاص في حياتهم اليومية، والحزن المرضي الذي يميِّزه الطبيب النفسي، وسيلة لتبيان التأثير الثقافي على حالات الاكتئاب، ويؤكد علماء الأنثروبولوجيا الذين يدرسون الاكتئاب في المجتمعات غير الغربية أن الحزن واليأس والفساد الأخلاقي ليست اضطرابات سريرية، وأن الانفعالات لا تستند إلى البيولوجيا بل هي أحكام ثقافية يستخدمها الناس لفهم مواقفهم وعلاقاتهم مع الآخرين، ومن أمثلة ذلك أن لغة جماعة الكالولي في غينيا الجديدة تفتقد إلى كلمة تعني الاكتئاب، لكن الجماعة تستخدم تعبيرات قوية وعميقة للإشارة إلى الحزن والحداد. أما في سيريلانكا فإن مفهوم «اليأس» مفهوم إيجابي، لأنّه يتماشى مع النظرة البوذية لطبيعة العالم. كما يقدِّر الإيرانيون مفهومي الحزن والحداد ويعتقدون أن الحزن يضيف عمقاً للشخصية، إلا أنهم يرون أن الاكتئاب حالة تستدعي العلاج، كما تختلف الثقافات في تقديرها لما هو طبيعي وما هو شاذ، بيد أن معظم الثقافات لديها مفهوم ما لوصف الجنون، ومن غير الواضح حتى الآن إذا ما كان الاكتئاب ضمن هذا التصنيف.

غالباً ما نجد صعوبة في إيجاد كلمات أو عبارات لوصف الاكتئاب في الثقافات غير الغربية، ففي ثقافة اليوروبا تبدو أقرب عبارة للتعبير عن الاكتئاب هي «وهن في القلب» أو «القلب

المتعب»، كما نجد تركيزاً على القلب وأعضاء أخرى في الجسد لوصف الحالات الانفعالية لدى الترك في إيران، وتشير قبائل كلوسا في جنوب إفريقيا إلى الاكتئاب بكلمة «مبليني»، التي تعني الضيق وتسارع ضربات القلب واضطرابات المعدة، وقد وصف أحد الأطباء النفسيين تجربته مع الاكتئاب في الهند قائلاً: «إن معظم المرضى كانوا يستخدمون عبارات مثل «وجع في الأعصاب» أو «حرارة في الرأس» أو «حسرة في القلب»، وكلها لا تندرج طبعاً ضمن النظام الغربي لتشخيص الاكتئاب». وفضلاً عن ذلك، يبدو أن المرضى السود أقل تعرضاً لتجربة الاكتئاب والقلق بصفتها مشاعر مستقلة، أمّا سكان أستراليا الأصليّون (الأبورجين) فلديهم مفردات محددة لوصف الأسى والاكتئاب، وفي أماكن أخرى من العالم مثل الهند والصين وإفريقيا تنتشر الأعراض البدنية بين مرضى الاكتئاب.

لقد طرح أحد الأنثروبولوجيين مخطَّطاً متخيَّلاً على سبيل الدعابة لتأكيد خطورة تصنيف الأمراض في ثقافة ما بمقاييس ثقافة أخرى، فقال: «*لنفترض أن طبيباً نفسياً من جنوب آسيا ملم بمرض شائع في تلك المنطقة هو(فقدان المني) الذي يؤدي إلى مشاكل محددة مثل فقدان الوزن وزيادة الخيالات الجنسية، ثمّ لنتصور أن هذا الطبيب كتب قائمة بالأعراض وترجمها إلى اللغة الإنجليزية بطريقة رديئة، ليتم بعد ذلك تدريب الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة اعتماداً على تلك القائمة في تصنيف المرض. لا*

شكّ أن تشخيص الأطباء الأمريكيين سيُظهر الكثير من حالات (فقدان المني) في أمريكا، ولكن ما مدى صحة هذا التشخيص ونجاعته فعلاً؟».

إن تشخيص الطبيب النفسي لوجود الهلاوس وارتباطها بوجود اضطراب عقلي يعدُّ من أهم الأدلة على وجوب تحري الدقة في التشخيص، ففي بريطانيا مثلاً يؤكد نصف الأشخاص الذين تعرضوا لتجربة فقد عزيز لديهم أنهم رأوا الشخص المتوفَّى بعد وفاته، وفي كثير من المجتمعات التقليدية تعد رؤية المتوفَّى والتواصل معه أمراً طبيعياً مثل مجتمع الهنود الأمريكيين، الذين يتواصلون مع الموتى طبقاً لثقافتهم، وفي حين يتميز الاكتئاب في الثقافة الغربية بسيطرة الشعور بالذنب، يتميز الاكتئاب لديهم، حتى النوع الخفيف منه، بوجود هلاوس من نوع ما، وهو ما يقع ضمن تصنيف انفصام الشخصية في الغرب.

نجد بين شعب الأشانتي في غرب إفريقيا أن التعبير غن القلق يشمل لوم النفس والخوف من السحر، وكذلك الحال بين قبائل يوروبا في نيجيريا حيث يظهر القلق من خلال الأحلام التي تتمحور حول ممارسة السحر. أما في قبائل سيوكس من الهنود الأمريكيين في داكوتا، فينتشر مرض مشابه للاكتئاب يتميز بسيطرة أفكار تحث على الترحال إلى الأماكن التي قطنها الأقارب الموتى فيما مضى. هناك مثال واضح على الاضطرابات المتعلقة بثقافة محددة نجده في اليابان حيث ينتشر نوع من اضطرابات

الشخصية الاجتنابية يعرف باسم «تايجن كايوفو» ويعني «الخوف من الآخرين»، ويعاني المصابون به من تجنب الآخرين، لأنهم يخشون الإهانة بسبب قبحهم أو خجلهم أو رائحتهم، وذلك حسب اعتقادهم.

كيف يمكن للطبيب أن يحدد إن كان شخص ما ينتمي لثقافة أخرى مصاباً فعلاً بالاكتئاب؟ قد تكون نقطة البداية هي متابعة أدائه الاجتماعي وملاحظة أي تغيير جذري في مسيرة حياته اليومية، لكن ذلك ليس بالأمر السهل، إذ إن بعض الثقافات لا ترى في الاكتئاب مرضاً أو شذوذاً يستدعي العلاج، كما حدث مع أحد الأطباء النفسيين في إحدى القرى الأوغندية، فقد لاحظ الطبيب أن بعض العمال في القرية مصابون بالاكتئاب حسب اعتقاده، لأنهم يشكون من التعب وعدم الرغبة في مواصلة العمل، غير أن الآخرين لم يعلقوا بشيء على انسحاب زملائهم من العمل نظراً لتوفر الكثير من الطعام ولا حاجة للمزيد من العمل لتوفيره، وهنا يظهر الفرق الثقافي، إذ إن التوقف عن العمل لأي سبب أمر غير مقبول في مجتمعنا.

قد تُصنِّف بعض مقاييس الاكتئاب الغربية عدداً كبيراً من أفراد قبائل أشانتي ويوروبا ضمن تصنيف الاكتئاب، مما لا يتفق مع النظرة المحلية لحالة هؤلاء التي يراها أفراد مجتمعهم نتيجة طبيعية لمصاعب الحياة اليومية، ولكن هل تختلف تلك النظرة فعلاً عن حالات الاكتئاب الخفيف التي تصيب الأفراد في المجتمعات

الغربية، التي يبقى معظمها دون تشخيص أو علاج ما لم تتطور لاكتئاب حاد؟ لا بد كذلك من الاهتمام بالتمييز بين كم الأعراض المصاحبة للاكتئاب ونوعها، فربما يكون عارض واحد له تأثير كبير على حالة المريض أكثر أهمية من توفر خمسة أعراض لتشخيص الاكتئاب طبقاً لمقياس DSM-IV.

لا شك في أن أهم الدراسات في الطب النفسيِّ عبر الثقافات هي تلك المتعلقة بالاكتئاب و«الجسدنة»، وهي التعبير عن الاكتئاب من خلال أعراض بدنيّة، ويُطلق عليها أحياناً اسم الاكتئاب المقنَّع، كما تُعرف هذه الأعراض البدنية بالنهك العصبي أو التهاب العصب، لكن تشخيص النهك العصبي تراجع في الغرب في بدايات القرن العشرين، ليزدهر بشدة في الصين حيث أصبح جزءاً من الطب التقليدي الصيني الذي يرتكز على إعادة التناغم في عمل أعضاء الجسم الحيوية، وإعادة التوازن للطاقة الحيوية للشخص، وعادة ما يتم ذلك بطريقة الوخز بالإبر، وصُنِّف النهك العصبي بعد ذلك تحت أنواع أخرى من الأمراض السريرية مثل «الاختلال في وظائف القلب».

لقد شخص الطب الصيني في خمسينيات القرن العشرين زهاء ثمانين في المئة من مرضى العيادات بالإصابة بالنهك العصبي، واستنتج كلينمان لاحقاً في ثمانينيات القرن العشرين أن معظم هؤلاء كانوا في الحقيقة مصابين باكتئاب حاد، وقد قبل الأطباء النفسيون في الصين وجهة النظر تلك، لكنهم وجدوا أن عشرين في

المائة من أولئك المرضى يمكن تشخيص حالتهم بالنهك العصبي بالتزامن مع اضطراب وصفوه باضطراب الكدر، دون التطرق إلى تسميات الاكتئاب أو القلق.

يقدّم كلينمان مثالاً عن سيدة صينية عوملت بقسوة في أثناء الثورة الثقافية في الصين، ثم تزوجت من رجل صعب المراس وولدت بعد ذلك طفلاً ميتاً، وأصيبت السيدة لاحقاً بصداع مزمن وإرهاق ودوار وعانت من طنين في الأذنين، وربما لو قابلت حينها طبيباً نفسياً غربياً لشخَّص حالتها بالإصابة بالاكتئاب دون جدال، لكن الأطباء الصينيين في الثمانينيات عزوا حالتها إلى التهاب العصب نظراً لنقص في طاقة النظام العصبي المركزي لديها، وفي مثل هذه الحالة لم تسهم مضادات الاكتئاب في تخفيف الأعراض بصورة تُذكر، لكن التعامل مع مشاكل السيدة العائلية والمهنية وحلها، ساعدا كثيراً على شفائها مما كانت تعانيه، فمن وجهة نظر الطب النفسي الأنثروبولوجي يرتبط المرض ارتباطاً وثيقاً بالعلاقات الاجتماعية للمريض.

استنتج كلينمان أن الاكتئاب مرض موجود في كل الثقافات والمجتمعات من الناحية النفسية والبيولوجية، لكن لا بد أن نتذكر أنه يعكس العلاقات الاجتماعية للفرد داخل مجتمعه، ولذلك يمكن أن نقول إن حالة النهك العصبي والآلام المزمنة التي عانت منها السيدة الصينية ما هي إلا تعبير عن الاكتئاب. هذا التجسيد للاكتئاب وتحول الآلام النفسية إلى آلام بدنية يُيسِّر على المرضى

في بعض المجتمعات طلب المساعدة الطبية، إذ لم يكن المجتمع الصيني يؤمن بالمرض النفسي، ويراه جانباً من جوانب المجتمعات البرجوازية، لا يتماشى والعلاقات الاجتماعية المتجانسة في المجتمع الصيني، ولذلك كانت الأعراض البدنية الشكل الأكثر قبولاً للاكتئاب الذي لم يُدرج ضمن الاضطرابات العقلية، فلا عجب إذاً أن نرى أعراضاً بدنية واضحة لدى مرضى الاكتئاب في الصين.

تتكرر الجسدنة لدى مرضى الاكتئاب في المجتمعات غير الغربية، فنجد أن أعراض الصداع وآلام المعدة والدوار ونقص الطاقة، تتكرر كلُّها بين المصابين بالنهك العصبي المرتبط بالاكتئاب والقلق في بلدان مثل الهند والبيرو وتركيا والعراق، ففي عيادة الطب النفسي في جنوب الهند مثلاً يؤكد أكثر من نصف المرضى أن الأعراض البدنيّة سبب معاناتهم، رغم وجود واضح للأعراض النفسية، وربما كانت تلك الأعراض البدنية تصب في صالح المرضى الذين يدركون جيداً الوصمة المرتبطة بالاكتئاب ويحاولون تحاشيها، فيقول شاب في الخامسة والعشرين إنه لم يكن ليتزوج لو أصيب بتلك الأعراض من قبل بسبب الوصمة المرافقة للأمراض النفسية، ويضيف: «*أخشى أن يؤثر مرضي على فرص زواج أختي أو ابنتي، فالناس يتناقلون أنني أعاني من مشاكل مثل الحزن وغيره*»، وثمة أسباب أخرى لشيوع الجسدنة في هذه المجتمعات، من بينها ضعف المستوى التعليمي لفئات كبيرة من الناس الذين يفتقدون من ثم القدرة اللغوية المناسبة للتعبير عن تجاربهم الانفعالية.

تؤكد الأبحاث وجود علاقة وثيقة بين درجة حدة الاكتئاب والوصمة الملحقة به في الهند، وهكذا فإن نموذجاً واحداً للتعليقات يتكرر لدى مرضى الاكتئاب هناك: «*لم أخبر أحداً بحالتي لأنني أخشى سوء المعاملة*»، «*إذا استمر مرضي لن أفكر في الإقدام على الزواج*»، «*لا أريد لأحد أن يعرف بمرضي*»، «*أخذ بعض الجيران يحتقرونني*». أمّا تعليقات المصابين بأعراض بدنيّة فكانت: «*لقد أخبرت الجميع بحالتي، وأصدقائي يعلمون بمعاناتي*»، «*لن يصحبني أصدقائي إلى الطبيب إلا إذا أخبرتهم*»، «*ليس لديَّ ما أخفيه*»، وبالطبع تعكس كل هذه التعليقات أن الأعراض البدنية معروفة للجميع ومفهومة بالنسبة إليهم، أمّا أعراض الاكتئاب فلا بد أن تبقى خفية لأنها قد تمثل خطورة على المريض ومن حوله.

بناءً على ما سبق، قد يكون الاكتئاب شعوراً عادياً أو مرضاً أو تجسيداً لمرض تبعاً لوجهات النظر المختلفة في الثقافات المختلفة، كما تختلف تجربة الاكتئاب المصحوبة بأعراض بدنية مثل الصداع أو آلام الظهر عن تجربة الاكتئاب المصحوبة بشعور اليأس، وربما تختلف العلتان تماماً، لكن تبقى هناك بعض العوامل البيولوجية والنفسية المشتركة.

يُصنَّف الاكتئاب والقلق واضطرابات الجسدنة ضمن فئات مختلفة في تصنيف DSM-IV في حين قد لا تُجدي تلك التصنيفات نفعاً في دول العالم النامي، حيث يُعبِّر المرضى عن أعراض مختلطة غير محدَّدة، وربما يتساءل الأطباء النفسيون في جنوب الهند ما إذا

كانت الحالات الموجودة لديهم تعبِّر بالفعل عن اكتئاب مقنع، أم أن مرضى الاكتئاب الغربيين يعانون في الواقع من جسدنة مقنعة.

لا بد من الحذر في التعاطي مع الدراسات الوبائية المتعلقة بالأمراض العقلية، بسبب المواقف المختلفة إزاء تلك الأمراض في الثقافات المتعددة، وهو ما سنتحدث عنه في الفصل التالي. فعلى سبيل المثال، هناك تقليد مقبول ومُتَّبع في بعض الثقافات في جنوب أوروبا هو الإكثار من الشكوى من الأمراض البدنية والعقلية، لأن ذلك يمنح الشخص إحساساً بالتضحية والاستشهاد، في حين يبدو العكس صحيحاً في شمال أوروبا حيث تسود الصرامة والتجهم مما لا يُتيح مجالاً للتعبير عن المشاكل النفسية. إن التكتم على المشاكل الحميمة يزيد من صعوبة البحث عبر الثقافات، ولاسيما فيما يتعلق بالمشاكل الجنسيّة، ومع ذلك يمكن أن نصل إلى نتائج موثوقة إذا ما توخينا المراعاة اللازمة لحساسية تلك المواضيع، وكما يقول كلينمان: «*إن النسبية المفرطة التي يتميز بها أعداء الطب النفسي من الأنثروبولوجيين لا تزيد عن كونها إيديولوجيا متحجرة تشبه تلك التي يستند إليها الأطباء النفسيّون التقليديون من أنصار التشخيص البيولوجي*».

بالنسبة إليَّ، مازلت أعتقد بوجود أرضية بيولوجية مشتركة للاكتئاب في جميع الثقافات، لأن الانفعالات الإنسانية كالحزن هي انفعالات كونية، لكنني لا أنكر تأثير العوامل الثقافية على أسباب الاكتئاب وطرق التعبير عنه.

الفصل الخامس

لماذا يتعرض أشخاص بعينهم للاكتئاب؟

من الطبيعي أن يتساءل الشخص المُصاب بالاكتئاب عن سبب إصابته، وينطبق ذلك على أي مرض قد يتعرَّض له الإنسان، فجميعنا نود أن نعرف سبب إصابتنا بمرض ما، لأن عدم المعرفة أمر لا يمكن احتماله بالنسبة إلى المريض.

أعتقد أن اكتئابي بدأ بعد أن أخذت أعاني من حالة ارتجاف أذيْني، وهي حالة شائعة من اضطراب نظام القلب، وقد كنت سابقاً أستخدم دواءً خاصاً لهذا الغرض، لكن يبدو أنه فقد فاعليَّته، فأخذت أصاب بالارتجاف الأذيني كل أسبوع تقريباً، مما يعني اختلالاً في النظام الطبيعي لعمل القلب، وقد تُسبِّب هذه الحالة شعوراً بالهبوط، لكنها لا تشكل خطراً إلا إذا عاد الإنسان فجأة لإيقاعه الطبيعي في أثناء تشكل جلطة دموية في مكان ما من الجسم، عندها قد يسبب ذلك الإصابة بالجلطة.

زاد قلقي مع اقتراب عيد الفصح، فقد كنت أنوي السفر إلى جنوب إفريقيا في رحلة ضرورية، وأخذت أتخيل ما يمكنني فعله لو أصبت بنوبة قلبية وأنا في ذلك المكان النائي، حيث الإمكانات

الطبية بدائية نوعاً ما، فاتصلت بأحد أصدقاء المدرسة الذي أصبح طبيب أمراض قلبية في جنوب إفريقيا لأستفسر منه عن سرعة تلقّي العلاج إذا أصبت بنوبة قلبية مفاجئة.

قمت بتغيير الدواء الذي أتعاطاه، فأصابني الدواء الجديد بحالة من الغثيان في الصباح تتبعها تقلُّصات حادة في المعدة، فتوجهت إلى أحد زملائي في كلية الطب وأقنعته بإخضاعي لصورة أشعة، لكن ذلك لم يُسفر عن شيء، ومع ذلك ظلت حالتي البدنية والذهنية تتدهور، وشعرت أنني غير قادر على السفر، فألغيت رحلتي في اللحظة الأخيرة رغم تأكيد الأطباء أن لا شيء يمنعني من السفر. تزايد قلقي بالتزامن مع حزني بسبب إلغاء الرحلة وخذلان المجموعات التي كنت سألتقيها في جنوب إفريقيا. تبع تلك الحالة تغيير آخر في العلاج الذي كنت أستخدمه، وهذه المرة أصبت بشعور غريب لا يمكنني وصفه إلا بهذا التعبير، وفجأة دون أي مقدمات أصبت بالأرق ولم أعد أتمكن من النوم.

لم أعان من الأرق مطلقاً في السابق، أما الآن فقد صار النوم عزيزاً أبحث عنه بكل الوسائل، ولجأت إلى الحبوب المنوِّمة، فجرَّبت عقار تيمازيبام الذي ساعدني قليلاً على النوم، لكنه كان نوماً دون أحلام أستفيق منه مخدَّراً بليداً. بدأت أواجه صعوبة في مغادرة الفراش للذهاب إلى عملي، وكنت أستفيق على شعور بالحرارة يكتسح جسدي كلَّه، فأتعرق بشدة. أدركت من خلال ألمي أنني كنت أتعرض لانهيار بالمعنى التقليدي للكلمة، فقد

فقدت نظامي الخاص للدعم النفسي بعد أن فقدت القدرة على العمل أو ممارسة الرياضة، لم أعد حتى أستطيع قيادة دراجتي، فاتصلت بصديق لي يعمل طبيباً نفسياً فحضر إلى منزلي، وبعد أن عاين حالتي أخبرني أنني أعاني من اكتئاب شديد، وأخضعني لثلاث دورات من العلاج بأحد مضادات الاكتئاب. لقد أخطأت بقراءة جميع الأعراض الجانبية للدواء، فقد أصبت بها جميعاً سواء أكان ذلك بالصدفة أو عن سبق الإصرار، فأصبحت مهووساً بالأعراض البدنية التي تصيبني، وبدأت أجد صعوبة في التبول، ثم تطورت لديَّ قناعة أنني لن أتمكن من التبول مطلقاً في أثناء الليل، وأخذت أرجو طبيب المسالك البولية أن يُدخلني المستشفى لكنه أبى، وفي النهاية أقلعت عن مضاد الاكتئاب الذي كنت أتناوله.

وصلت إلى حالة من القلق المفرط على حالة اضطراب القلب التي تصيبني بالنظر إلى وسواس المرض الذي أعاني منه منذ فترة طويلة من حياتي، وبالتحديد منذ عشر سنوات عندما اضطررت إلى إسعاف صديق مقرَّب سقط أمامي إثر أزمة قلبية، فقمت بإجراء الإسعافات الأوليّة له ليصل حياً إلى المستشفى لكنّه توفي هناك، ومنذ ذلك اليوم انتقلَت إليَّ دون أن أشعر كل الأعراض التي عانى منها، وسيطرت عليَّ فكرة واحدة؛ أن دمي ينسحب من جسدي وأنّني سأموت. كانت نوبات الهلع تهاجمني كل يوم تقريباً، فذهبت إلى أستاذ في الطب علني أجد مخرجاً، لكنّه لم يجد

شيئاً يُذكر وأحالني على مختصٍّ في علم الأمراض الكيميائية مما أثار حيرتي، إذ لم أكن أرى أي علاقة بين الأمراض الكيميائية وما أعاني منه، لكنني ذهبت لرؤيته على كل حال. أخذ الطبيب يضحك عندما عرضت عليه ما أعانيه، وأخبرني أنه كان أسوأ مني بكثير في السابق، وكان أحياناً يذهب ليقف في مدخل المستشفى مدة ساعات في انتظار حدوث أزمة قلبية فيسهل على المسعفين نقله إلى قسم الطوارئ. شفيت من قلقي بعد تلك المقابلة وإن كان ذلك لفترة قصيرة. كنت على قناعة تامة أن الدواء الذي كنت أستخدمه لعلاج اضطراب القلب هو السبب المباشر للاكتئاب الذي أمر به، وهناك بالفعل دراسات تؤكد وجود تلك العلاقة لدى مرضى آخرين، ويمكن لأدوية تستخدم في علاج أمراض محددة أن تسبِّب الاكتئاب دون شك، مما عزَّز قناعتي بوجود أسباب بيولوجية وراء ما أعاني منه، وقد يكون ارتفاع شاذ في تركيز هرمون الكورتيزول على سبيل المثال، ولكن ذلك يبقى أحد التفسيرات في حالتي، إذ إن هناك الكثير من المرضى يستخدمون الدواء ذاته دون أن يصابوا بالاكتئاب.

كان لزوجتي جيل وجهة نظر مختلفة في تفسير اكتئابي، فقد كانت مقتنعة أن ما أعاني منه مرتبط بزيارتي لجنوب إفريقيا حيث قُتل والدي قبل عدة سنوات، لكن هذا التفسير لم يلقَ استحساناً لديَّ، فقد زرت جنوب إفريقيا في السابق، كما كنت في قرارة نفسي أفضل التفسير البيولوجي المرتبط بالدواء أكثر من التفسير النفسي،

غير أن الحقيقة ربما كانت تشملهما الاثنين، فقد كان تأثير الدواء وقلقي على صحتي المتدهورة سببين جوهريين لما أمر به، بالإضافة ربما إلى بعض الاستعداد الوراثي. وهكذا فإن رواية واحدة لا تكفي ولا بد من النظر بجدية إلى جميع الأسباب التي قد تؤدِّي بالشخص للتعرض للاكتئاب، وتقصي الأحداث الخارجية التي يمكن أن تثير نوبة من الاكتئاب.

لا بد لنا من تفحص الظروف المؤثرة التي قد تؤدي بأشخاص بعينهم للإصابة بالاكتئاب من أجل توسيع فهمنا لهذا المرض وتعميقه. هل يمكن أن تؤدي صدمات الطفولة مثل فقد أحد الوالدين إلى زيادة احتمالية الإصابة بالاكتئاب لاحقاً؟ إلى أي مدى يمكن أن تؤثر تربية الطفل في إمكانية تعرضه للاكتئاب؟ هل يمكن أن نُرجع جميع أنواع الاكتئاب التي تصيب البالغين إلى الأحداث المزعجة والمحزنة التي تمر بهم، أم أن هناك أنواعاً باطنية المنشأ لا تتعلق بما يواجهه الشخص في حياته؟ هل تزايدت بالفعل حالات الاكتئاب خلال خمسين عاماً مضت؟ أم أن تلك الزيادة ترجع في الواقع إلى زيادة الاهتمام بالمرض، ومن ثم زيادة عدد الحالات التي تم تشخيصها؟ هناك أسئلة لا يمكن الإجابة عنها اعتماداً على جميع روايات المصابين، بل لا بد من التفحص الدقيق لشريحة واسعة من الحالات لضمان نتائج تتناسب مع المقاييس العلمية الدقيقة، ويتم ذلك بإجراء دراسات مخططة حول انتشار المرض، وإن كان ذلك مُكلفاً وصعب التنفيذ، فهذا

النوع من الدراسات العلمية ضروري جداً لفهم الاكتئاب. إن العوامل التي قد تؤثر على الاكتئاب لا تُحصى، وقد تتراوح بين العقائد الدينية وتغييرات الطقس الموسمية، وهناك تقارير تربط حدوث العواصف الرعدية القوية وزيادة عدد المصابين بالاكتئاب الذين يتم إدخالهم إلى المستشفيات في أثناء حدوثها، ولكن قبل أن نستطلع العوامل الخارجية المؤثرة في الاكتئاب، لا بد أن نبحث في تأثير التركيب الجيني للشخص على مدى استعداده الوراثي للإصابة بالاكتئاب.

لدى كلٍّ منا مجموعتان من الجينات، نكتسب الأولى من الأب والثانية من الأم، وتؤثر كلتاهما في سلوك خلايانا خلال فترة تكوُّن الجنين بما في ذلك تكون الدماغ وفي أثناء فترة حياتنا كذلك، ويمكن للجينات أن تلعب هذا الدور بفضل سيطرتها على نوع البروتين الموجود في الخلية، وهذا البروتين هو في الحقيقة العامل النشط فيها، فبواسطة البروتينات تنتج خلايا أجسادنا الطاقة، وتنمو وتنقسم لتقوم بعد ذلك بوظيفتها الخاصة المرسومة لها.

الجينات هي رمز للبروتين، أي أنها تحمل داخلها المعلومات التي تكوِّن البروتين، ولذلك فهي سلبية تماماً، ولكن إذا ما حدث خلل ما في أحد الجينات أو غاب أحدها فإن ذلك يؤدي إلى غياب بروتين محدد أو الإخلال به، مما ينعكس بصورة معقَّدة على سلوك الخلية، ولذلك فإن جميع صفات الإنسان تتأثر بطريقة أو بأخرى بالجينات التي يحملها من لون العينين إلى مهاراته الرياضية وردوده

الانفعالية المختلفة، وعلى سبيل المثال نجد أن داء هنتغتون العقلي ينتج عن خلل في جين واحد، لكنه يسبب الكثير من الإعاقات النفسية والعقلية التي تبدأ في أواسط العمر تقريباً بتدهور الحالة العقلية وصولاً إلى الخرف بالإضافة إلى خلل حركي لاإرادي في أجزاء الجسم، وكل ذلك بسبب خلل في أحد الجينات التي يصل عددها إلى مئة ألف جين لدى كل إنسان.

لا بد أن ننظر إلى العوامل الوراثية التي قد تحدد نسبة قابلية الشخص للإصابة بالاكتئاب، بالإضافة إلى العوامل البيئية الخارجية، وذلك عن طريق تفحُّص التاريخ المرضي للعائلة وتتبع الإصابة بالاكتئاب عبر الأجيال المختلفة، وإمكانية انتقاله من جيل إلى آخر مثلما ينتقل لون العينين أو صفات أكثر تعقيداً مثل نسبة الذكاء. تشير كل الأدلة إلى أن نسبة وراثة مرضى الاكتئاب قد تصل إلى خمسين في المئة، وهكذا فإن إمكانية تعرض أي شخص للاكتئاب مرهونة بنسبة خمسين في المئة مما ورثه من جينات.

توفر الدراسات التي أجريت على التوائم أدلة قوية حول التأثير الجيني على إمكانية الإصابة بالاكتئاب، فالتوائم المتطابقة تحمل الجينات ذاتها، ولذلك فإن إصابة أحد التوأمين بالاكتئاب تعني أن احتمالية إصابة التوأم الآخر تصل إلى خمسين في المئة. أمّا التوائم غير المتطابقة، فإن إصابة أحد التوأمين بالاكتئاب يعني ارتفاع احتمالية إصابة التوأم الآخر بالمرض ذاته، ولكن ليس بالنسبة ذاتها لدى التوائم المتطابقة، إذ تصل نسبة احتمال الإصابة إلى خمس وعشرين

في المئة. هناك تأثير جيني قوي في الاكتئاب ثنائي القطب كذلك، فقد تصل نسبة احتمال إصابة أحد التوأمين إلى خمس وسبعين في المئة إذا ما أصيب شقيقه المطابق، وهي نسبة مرتفعة بالفعل، وتؤكد الدور الكبير الذي تلعبه الجينات في احتمالية الإصابة بالاكتئاب، ولاسيما إذا علمنا أن التوائم المتطابقة ليست متطابقة تماماً فيما يتعلق بالدماغ والجسد، فتطور الشقيقين قد لا يكون متطابقاً رغم وجود الجينات المتشابهة، لأن لكل نظام بشري طريقة مميَّزة في النمو والتطور، فنجد أن بلايين الخلايا العصبية في الدماغ ترتبط فيما بينها بروابط دقيقة جداً لا تخضع بالضرورة لما تمليه الجينات، وهو ما قد نسميه العامل العشوائي في الدماغ. أمّا العامل الآخر الذي قد يؤدي إلى وجود اختلافات بين التوائم المتطابقة فهو موقع الطفل في الرحم في أثناء فترة الحمل.

تشير الدراسات إلى أن أقرباء الشخص المصاب بالاكتئاب معرضون بدورهم للإصابة بالمرض بنسبة عشرين في المئة، بما في ذلك نوبات الهوس. أما احتمالية إصابة الأطفال لأبوين مصابين بالاكتئاب فإنها تتجاوز الخمسين في المئة، وإذا كان أحد الوالدين أو أحد الأشقاء مصاباً باكتئاب شديد، فإن نسبة إصابة الابن أو الشقيق تتضاعف عن الشخص العادي، وترتفع هذه النسبة إلى خمسة أضعاف إذا كان القريب قد أصيب بالاكتئاب قبل عمر العشرين، كما ترتفع النسبة إلى عشرة أضعاف إذا كان القريب مصاباً بالاكتئاب الهوسي، لكن هذه النسبة تنخفض وقد تتلاشى

في حالة القرابة البعيدة بالنسبة إلى الاكتئاب العادي والاكتئاب الهوسي. توضح دراسات حالات التبني العلاقة بين الاكتئاب والعامل الجيني والوراثي رغم افتقاد تلك الدراسات للبيانات المتناسقة أحياناً، وتُظهر النتائج أن الأطفال الذين وُلدوا من أب أو أم مصابين بالاكتئاب معرَّضون للإصابة بالمرض رغم وجودهم ضمن عائلات بالتبني لا يعاني أفرادها من الاكتئاب، وذلك بنسبة أكبر من أولئك الذين وُلدوا من أب وأم غير مصابين بالاكتئاب ويعيشون الآن ضمن عائلات بالتبني يعاني أحد أفرادها من الاكتئاب.

لا يمكننا الحديث في هذا السياق عن جين خاص بالاكتئاب، مثلما لا يمكننا القول إن كوابح السيارات تسبِّب الحوادث، فالكوابح تتسبّب في الحوادث إذا حدث خلل ما في طريقة عملها، وكذلك الأمر بالنسبة للجينات التي تؤدي وظيفتها الطبيعية ما لم يحدث خلل ما نتيجة طفرة في تركيب الجين، أو اختفاء ذلك الجين تماماً، عندها تصبح الجينات سبباً للاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب. لا يوجد جين واحد مسؤول عن الاستعداد الوراثي للاكتئاب، مما يجعل التعرف إلى مجموعة الجينات المسؤولة أمراً في غاية الصعوبة، ومع ذلك فإن التعرف إلى تلك الجينات أمر شديد الأهمية، لأن ذلك قد يكشف لنا الكثير عن طبيعة هذا المرض، فإذا استطعنا تحديد الجينات المسؤولة عن المرض سنتمكن من معرفة البروتينات المسؤولة عن خلل الاكتئاب، وهكذا سنحدد النشاط

الخلوي المسؤول عن ذلك، ونتمكن بناءً على ما سبق من اقتراح علاجات جديدة.

إن النظر إلى حالات الاكتئاب وانتشارها بين فئات السكان يقدم لنا أدلة جديدة حول أسباب الاكتئاب وطبيعته، ومن الأسئلة التي قد يلقي طرحها بعض الضوء على انتشار الاكتئاب؛ كيف تتوزّع الإصابة بالاكتئاب بين الفئات العمرية المختلفة في المجتمع؟ وهل يتحول الاكتئاب الخفيف إلى اكتئاب حاد في العادة؟ وهل زادت نسبة الإصابة بالاكتئاب مؤخَّراً بالفعل؟ وكم عدد حالات الاكتئاب في المجتمعات غير الغربية؟

تُعد مصداقيّة التشخيص إحدى المشاكل التي تواجهنا في معرفة مدى انتشار الاكتئاب بين فئة معينة، فقد يُجري الدراسات الخاصة بانتشار الاكتئاب أشخاص مدرَّبون على إجراء المقابلات واستخدام الاستبيانات وتفريغها، غير أن الفحوصات السريرية التي أجريت لاحقاً على المرضى الذين شملتهم الاستبيانات تُظهر خللاً في مصداقيّة الدراسات والنتائج التي توصلت إليها، ولهذا السبب نجد اختلافاً كبيراً في نسب انتشار مرض الاكتئاب.

وجدت الدراسات أن نسبة انتشار الاكتئاب؛ أي عدد الأشخاص المصابين بالمرض خلال فترة محدّدة، تصل إلى 3٪ في أوروبا والولايات المتحدة، وترتفع النسبة إلى 7٪ خلال سنة واحدة. أمّا نسبة السكان الذين سيعانون اكتئاباً شديداً خلال فترة حياتهم فهي 10٪، ووجدت دراسات أخرى أن هذه النسبة تصل إلى 15٪.

أمّا أضخم دراسة أجريت في الولايات المتحدة، فقد أكدت أن واحداً من كل ستة أشخاص في الولايات المتحدة معرَّض للإصابة باكتئاب شديد خلال فترة حياته. كما تبدو الأرقام التي تُحصي من يعانون الاكتئاب أو من يعيشون مع شخص مكتئب مخيفة لفرط ضخامتها، في حين نجد نسبة أقل من المصابين بالاكتئاب الهوسي. كما تقل نسبة الإصابات بمعدَّل النصف في منطقة الشرق الأقصى عن نظيرتها في الغرب.

تشير كل الدراسات السابقة إلى البالغين، فماذا عن الأطفال؟ لا شك أن محاولة دراسة حالات الاكتئاب لدى الأطفال أصعب كثيراً من دراستها لدى البالغين، غير أن الإحصائيات الموجودة بين أيدينا تؤكد وجود نسبة 1٪ من الأطفال المصابين بالاكتئاب الحاد ضمن الفئة العمرية الأقل من اثنتي عشرة سنة، أمّا نسبة المراهقين المصابين من الفئة العمرية (12–16) سنة في بريطانيا فتصل إلى 3٪. وتُظهر الدراسات مرة أخرى أن الأطفال الذين تعرضوا لحالات الاكتئاب في الصغر تزيد لديهم الاحتمالات في التعرّض للاكتئاب مرة أخرى بعد البلوغ، بالإضافة لاحتمال أكبر في الإقدام على الانتحار، ومع ذلك فلم يعترف الأطباء النفسيون بإمكانية إصابة الأطفال بالاكتئاب إلا حديثاً.

يظل تشخيص الاكتئاب عند الأطفال أمراً محيِّراً للمختصين، لأن الاكتئاب يقترن عادة لدى الأطفال بمشاكل في تحصيلهم الدراسي وسلوكهم في المدرسة والبيت، ولذلك فمن الصعب جداً

تحديد السبب والنتيجة من بين الأعراض الواضحة على الطفل، ومن هذه الأعراض الخاصة بالاكتئاب عند الأطفال حالة النزق أو سرعة الهياج، وهناك أيضاً الاكتئاب المقنَّع الذي تتراوح أعراضه بين الصداع والتسرُّب من المدرسة، وهكذا فإن نسبة الاكتئاب بين الأطفال قد تختلف من 5٪ في بعض الدراسات لتصل إلى 40٪ في دراسات أخرى، ومع ذلك فإن أعراض الاكتئاب التي تشمل الفتور والكسل واضطرابات النوم واختلاف العادات الغذائية، كلها أعراض قد نلاحظها في مختلف الأعمار ولا تشير بالضرورة إلى وجود اكتئاب، لذلك يبقى الكثير من الأطفال المكتئبين دون علاج بسبب صعوبة تشخيص المرض بدقّة لديهم.

يصاب معظم الناس في وقت من الأوقات بهبوط في المزاج العام قد يقترب من حالة الاكتئاب، لكن ذلك لا يحول دون ممارسة حياتهم اليومية، ومن هنا يبرز السؤال حول العلاقة بين الاكتئاب الخفيف والاكتئاب الحاد، وهل يمكن أن يتطور الاكتئاب الخفيف الذي قد يصيب أي شخص في وقت ما إلى اكتئاب حاد؟ أم أن الاكتئاب الحاد حالة قائمة بذاتها؟

يعاني شخص من كل عشرة أشخاص في الولايات المتحدة من أعراض متفرِّقة للاكتئاب تؤثر نوعاً ما على طريقة حياته، غير أن ذلك لا يندرج تحت تصنيف الاكتئاب السريري لأن الأعراض لا تتوافق مع معايير التشخيص، لكنّ هؤلاء الأشخاص معرَّضون مع ذلك للوقوع فريسة للاكتئاب الحاد في المستقبل بسبب

استعدادهم الوراثي للمرض، وتشير الأدلة إلى وجود متسلسلة تربط بين الاكتئاب الخفيف والاكتئاب الحاد. أمّا وجهة نظري الخاصة في هذا الموضوع، فهي أن الاكتئاب الحاد تجربة لا تشبه من قريب أو بعيد تجربة الاكتئاب الخفيف.

تؤكد عدة تقارير الارتفاع المتزايد في نسبة الإصابة بالاكتئاب خلال الثلاثين عاماً المنصرمة، وتشير إلى استمرار هذا التزايد في المستقبل، فما مصداقية مثل هذه التقارير؟ وإن كانت صادقة بالفعل، فما الأسباب الكامنة وراء هذا الارتفاع المتزايد؟ مهما كانت الأسباب، لا بد أن نستثني منها العوامل الجينية، فهي لا يمكن أن تتغير بسرعة متناسبة مع زيادة أعداد الإصابات خلال ثلاثين عاماً. لقد جُمعت البيانات التي تستند إليها التقارير بعد عام 1970، فهي حديثة نسبياً ولا تعتمد على نظام محدد لمراقبة حالات الاكتئاب بالتفصيل، مثلما الأمر عند جمع البيانات عن مشاكل سلوكية أخرى كالسلوك الإجرامي، أو تعاطي المخدرات. لقد تم جمع البيانات عبر استطلاعات ضخمة في مجتمعات محددة، ورُصدت حالات الاكتئاب بين أفرادها في الماضي والحاضر دون تحديد تاريخ أول إصابة، لذلك لا بد من التعامل بحذر مع الأرقام التي تؤكد ارتفاع نسبة الإصابة بالاكتئاب خلال العقود الماضية، فربما ترجع تلك الزيادة إلى زيادة الوعي بالمرض لدى أفراد العينة المشمولة بالاستطلاع، وذلك بالتوازي مع ظهور تعريفات أوضح للمرض عند المختصين، وهناك أيضاً احتماليّة السهو والنسيان

لبعض التفاصيل من جانب المرضى، ممّا قد يؤثر في الإحصائيات لاحقاً. رغم كل ما سبق ذكره، فقد وجدت الإحصائيات والدراسات الموسعة في عدد من الدول زيادة ملحوظة في الإصابة باضطراب الاكتئاب.

تُظهر إحصائيات الاكتئاب زيادة ملحوظة في الإصابة بين جيل الشباب، فأصبح العمر المتوقَّع لحدوث الاكتئاب للمرة الأولى ينحصر في فترة العشرينيات، وترتفع نسبة الإصابة بالمرض بين الذين ولدوا بعد عام 1955 ولاسيما في عمر الخامسة والعشرين، وقد يصابون بالاكتئاب ثنائيِّ القطب في عمر الواحد والعشرين، وربما يرجع ذلك إلى التغيير الذي حدث في النمط الثقافي للمجتمع من تفتيت للشكل التقليدي للحياة العائلية وتسارع في وتيرة الحياة اليومية، إذ تقع على الشباب مسؤوليات متزايدة دون توفر فرص كافية لهم. قد يظنُّ بعضهم أن الاكتئاب مرض مصاحب للتقدم في العمر، لكن ذلك غير صحيح، وبالنسبة إلى الشيوخ الذين يصابون بالاكتئاب بعد عمر الخامسة والستين، تشير الإحصائيات إلى أن نصفهم قد أصيب بالاكتئاب للمرة الأولى في فترة الشباب، ويعود سبب إصابة ثلث الحالات من الشيوخ بالاكتئاب إلى أمراض أخرى تصيب الدماغ مثل أمراض الشيخوخة.

كشفت دراسة واسعة النطاق حول انتشار الاضطرابات النفسية في هونج كونج وتايوان، مقارنة بالدول الغربية مثل الولايات المتحدة أن نسبة انتشار الاكتئاب في هونج كونج وتايوان

أقل بكثير من نسبة انتشاره في الغرب، في حين ارتفعت نسبة انتشار القلق في هذه البلدان ولاسيما في هونج كونج، إذ وصلت النسبة إلى 10٪، أما نسبة انتشار الاكتئاب فكانت 2٪ فقط، وربّما تعود تلك النسب المتفاوتة إلى عوامل ثقافية بالدرجة الأولى، ففي الصين والمجتمعات الشرقية عموماً تلعب الروابط العائلية دوراً أكبر من دورها في المجتمعات الغربية، حيث تتراجع الحياة الشخصية للفرد إلى المرتبة الثانية بعد مصلحة العائلة ككل، وتبرز سلطة الأبوين ولاسيما سلطة الأب بوضوح، وهكذا فإن الطفل الصيني على وعي تامٍّ بالأحكام التي قد تصدر على سلوكه ضمن أفراد العائلة، ممّا يعرِّضه للحساسية المفرطة في علاقاته الشخصية، وقد يتطور ذلك إلى الإصابة باضطراب القلق بعد التجارب الصعبة التي يمر بها في حياته اليومية. أمّا في المجتمعات الغربية فإن هشاشة العلاقات العائلية ونقص الحميمية قد يؤديان إلى خلل في توازن العلاقات الشخصيّة للفرد، ومن ثم إلى الاكتئاب، وثمة علاقة وثيقة بين الاكتئاب وغياب الدعم الاجتماعي والتعاطف العائلي.

تؤدي الصدمات الناتجة عن الحروب إلى ارتفاع في نسبة الإصابة بالاكتئاب بين السكان، ولاسيما الأطفال المهجَّرون أو اللاجئون كما حدث مع المراهقين الكمبوديين في مخيَّمات اللجوء، الذين عانوا من القلق وعدد من الأعراض البدنيّة بالإضافة إلى الاكتئاب. أمّا أطفال كرواتيا الذين عانوا ويلات الحرب، فنادراً ما يتحدثون عن معاناتهم، ويفضلون طرح مشاكلهم البدنية على

المختصين، كما تضاعفت نسبة الإصابة بالاكتئاب بين الجنود الذين شاركوا في حرب الخليج، وينطبق كذلك الأمر على المدنيين الذين عايشوا الحرب في سريلانكا، أمّا بالنسبة إلى اللبنانيين فقد سجلوا نسباً عالية من الإصابة بالاكتئاب في الفترة ما بين عامي 1950-1960 وذلك في أوج الفوضى السياسية في ذلك البلد.

يظلُّ الفرق بين نسبة إصابة الرجال بالاكتئاب وإصابة النساء به من أشد الفروق وضوحاً حتى الآن، فمن المسلَّم به أن عدد النساء المصابات بالاكتئاب في العالم الغربي ضعف عدد الرجال المصابين به، ويتساوى الجنسان في نسبة الإصابة بالاكتئاب الهوسي، في حين يتفوق الرجال في نسبة الإقدام على الانتحار، ولا تبدو أسباب التفاوت بين الرجال والنساء في نسب الإصابة بالاكتئاب واضحة حتى الآن، ولكن النسب التي ذكرناها تنطبق على مجتمعات مختلفة مثل الولايات المتحدة وبيروت وبورتوريكو وكوريا ونيوزيلاندا.

طرح الاختصاصيون عدة تفسيرات لتفاوت أعداد المصابين بالاكتئاب بين النساء والرجال، منها أن النساء يسارعن لطلب المساعدة الطبية في حالة الشعور بالاكتئاب، في حين يتجنَّب معظم الرجال ذلك، وهكذا فهم لا يندرجون ضمن الإحصائيات الراصدة للمرض، غير أن هذا الرأي مردود على أصحابه، فقد تُراجع النساء عيادات الأطباء أكثر مما يفعل الرجال، ولكن ذلك يرجع إلى وجود أمراض ثانوية أخرى، ويبقى الدليل الأقوى على تفوق النساء في نسب الإصابة مرهوناً بدراسات شاملة تُجرى

على عدد كبير من السكان، ولا ترتكز فقط على عدد المراجعين والمراجعات لعيادات الأطباء.

يقترح بعضهم أن المكانة الاجتماعية المتدنية للمرأة في المجتمع قد تُسهم في زيادة أعداد المصابات بالاكتئاب السريري، وينضوي هذا الرأي تحت الأسباب الاجتماعية للأمراض النفسية التي تُصنَّف أنها «مصاعب الحياة»، ولكن لا يوجد دليل حتّى الآن يؤكد أن النساء يواجهن مصاعب أكبر في الحياة من تلك التي يواجهها الرجال، غير أنهن يتصرفن إزاء تلك المصاعب بحدة أكبر ربما، وقد يرجع ذلك إلى أسباب مختلفة ومن ضمنها الأسباب البيولوجية والاجتماعية. يؤدّي الفقر ووجود الأطفال وافتقاد الثقة بالنفس بالإضافة إلى تدني المكانة الاجتماعية لربات البيوت إلى تعرُّض النساء للاضطرابات النفسية. هناك تفسير آخر يؤكد قابلية النساء للشعور بالخجل أكثر من الرجال فيما يتعلق بأجسادهن، فيرفضن التعري حتى أمام أنفسهن في المرآة، وينتقدن أنفسهن بشدة عند التعرض لمواقف انفعالية، وقد ينتحبن ويتحدَّثن بالتفصيل أمام صديقاتهن، ويسجِّلن مشاعرهن في مذكراتهن اليومية للتغلُّب على انفعالاتهن، وهو نقيض ما يفعله الرجال الذين يفضِّلون تجاهل انفعالاتهم والهروب منها إلى العمل الشاق أو ممارسة الرياضة أو ربما تعاطي الكحول.

هل يمكن أن نجد الإجابة في الاختلافات البيولوجية بين الجنسين؟ ليس هناك من دليل يربط بين الاكتئاب وكروموسومات

المرأة (XX) أو كروموسومات الرجل(XY)، لكن هناك أدلّة أخرى تربط بين الهرمونات الأنثوية والاكتئاب، ولاسيما هرمون الأستروجين، فالنساء يتعرَّضن إلى بعضَ أعراض الاكتئاب قبل موعد الدورة الشهرية، كما يؤكد الخبراء وجود علاقة وثيقة بين اكتئاب ما بعد الولادة والهرمونات الأنثوية، وكذلك اكتئاب الحمل، وقد أشار إلى ذلك المجتمعون في اجتماع الجمعية الطبية الأمريكية عام 1893 بقولهم إن سبب الاكتئاب لدى النساء يرجع إلى «إفراز مفرط في هرمون الحليب وتهيُّجٍ في منطقة الحوض يؤثران على العضو المركزي (الدماغ)»، وقد رُفضت هذه التفسيرات بعد التطوّر في مجال الطب النفسي، إلا أننا لا نملك حتى الآن بديلاً قوياً لها، لكننا نعلم الآن مدى انتشار المرض ونعي وجود بعض العوامل التي تسهم في انتشاره.

تُصاب 10٪ من النساء الأمريكيات بالاكتئاب الشديد في أثناء فترة الحمل، وهو دون شك رقم مزعج ومفاجئ، وتتضمن العوامل التي تسهم في تعرض النساء لهذا الاكتئاب، الأمراض العقلية وعدم الرغبة في الحمل، وتتزايد أعراض الاكتئاب بعد الولادة، وتتجلى في أوضح صورها في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، لكن زيادة الأعراض قد تمتد إلى عامين، وتنقسم حالات الاكتئاب بعد الولادة إلى نوعين: اكتئاب ما بعد الولادة، واكتئاب خفيف يسمى «شجن النفاس»، ونجد هذه الحالات في دول مختلفة مثل السويد والبرازيل وماليزيا واليابان.

يظهر شجن النفاس عادةً في الأسبوع الثاني أو الثالث بعد الولادة، وقد يتطوَّر تدريجياً خلال أسابيع أو أشهر، ويتميز بظهور أعراض بدنية مثل الإرهاق الشديد، كما تسهم العلاقات الزوجية السيئة ونقص الدعم من المحيطين بالسيدة بالإضافة إلى الفقر في استمرار سيطرة شجن النفاس على الأم. أمّا العوامل التي تزيد من احتمالية تعرض الأم لشجن النفاس أو اكتئاب ما بعد الولادة فتشمل التوترات اليومية وتاريخ سابق للإصابة بالاكتئاب. وإذا كان الطفل الجديد صعب المراس ويبكي باستمرار فإن ذلك يضيف ضغطاً متزايداً على الأم ويعرضها للإصابة بالاكتئاب، وإن كان التاريخ المرضي للأم يشير إلى إصابة سابقة بالاكتئاب فإنها معرضة بنسبة 50٪ للإصابة بالمرض مجدداً، وهناك نسبة ضئيلة من السيدات معرضات للإصابة بذهان النفاس الذي تصاحبه أوهام وهلاوس.

تتعرّض الأمهات اللواتي أصبن سابقاً بالقلق أو الاكتئاب أكثر من غيرهن للإصابة باكتئاب ما بعد الولادة، ولاسيما في غياب الدعم الاجتماعي أو انسحابه، وقد يتطور الاكتئاب إلى حالة خطيرة تؤثر على الأم والطفل الوليد، فعادةً ما تسيطر على الأم مشاعر سلبية نحو الوليد، متجاهلة متطلباته اليومية مما قد يؤثر على النمو العقلي للطفل.

يصيب شجن النفاس الخفيف 50٪ من الأمّهات حديثات الولادة، وتظهر أعراضه غالباً في الأسبوع الأول من الولادة،

وقد ترجع أسبابه إلى التغييرات الهرمونية التي تصاحب الولادة والرضاعة، ثمّ يختفي بعد ذلك لدى معظم الحالات. يتميز هذا النوع بتقلبات المزاج والبكاء والتهيُّج وأحياناً البهجة المفرطة. وإذا عدنا لسؤالنا السابق، لماذا تتعرض النساء للاكتئاب أكثر من الرجال، فإننا لن نجد إجابة شافية، ولكن من الصعب تجاهل الأسس البيولوجية التي تستند إليها هذه الظاهرة.

لا بد من وجود سياق اجتماعي لحدوث الاكتئاب، إذ تسهم العلاقات وظروف العمل والحالة المادية ووجود الأطفال والأهل كلها بطريقة ما في خلق حالة الاكتئاب، ولذلك لا بد من البحث عن أهمية كلٍّ منها في حياة الشخص لتتبع جذور حياته، وهكذا على الباحثين تفحص حياة الشخص اليومية وعلاقاته الاجتماعية ومركزه في المجتمع. إنّ مصطلح «خطوب الحياة» مصطلح فضفاض يستخدم للإشارة إلى التغيرات الخارجية السريعة والمفاجئة في حياة الفرد، التي قد تؤدي إلى الكرب، ويمكن تتبع زمن حدوثها بوضوح. يرتبط «الخطب» بتغير جوهري في حياة الشخص يتعلق بوفاة عزيز أو تغيير الوظيفة أو نشوء مشاكل مع الشريك أو إنجاب الأطفال وهكذا، وليس من السهل التعرف على الخطوب التي أسهمت في خلق حالة الاكتئاب، إذ لا يمكن الاعتماد على وجهة نظر المريض وحده أو على رأي أولئك الذين يجرون البحث حول حالة المريض، فالموضوعية قد تغيب عن كلا الطرفين، وقد ينحو الباحث نحو التشبث برأيه، ولتجنب

التحيز لا بد أن تُعرض تفاصيل المقابلة مع المريض على باحث آخر لتصنيفها، وقد أُجريت معظم الدراسات عن تأثير حوادث الحياة على مرض الاكتئاب على النساء. يُعد الكرب الناتج عن حوادث الفقد المهمة أحد أبرز محفزات الاكتئاب وأوضحها، فعندما يقع المرء ضحية كرب حاد فإنه عادة ما يحاول التأقلم مع هذا التوتر، ومع تكرار محاولات التأقلم قد يُصاب الشخص في النهاية بانهيار مثل الاكتئاب، وترتبط معظم خطوب الحياة التي تؤدي إلى الاكتئاب بنوع من الفقد سواء كان ذلك وفاة عزيز أو انفصالاً عن الشريك، أو فقدان التقدير للذات، وأخطر أنواع الفقد هو الذي يترك شعوراً بالمهانة أو الحصار، أمّا تقلبات المزاج مثل تغير مشاعر الحب، فهي على أهميتها لا تُعد من خطوب الحياة، وأظهرت الدراسات أن النساء اللواتي تعرضن لحوادث جوهرية في حياتهن قد أُصبن بالاكتئاب، وهذا دليل واضح على دور هذه الخطوب في تحفيز الاكتئاب.

يمثل الثُّكل خطباً صادماً وقاسياً، له أسبابه الواضحة، ولذلك فهو يوفر نموذجاً مهماً لفهم تأثير الفقد على الأشخاص، إذ يزيد الحداد من فرص الإصابة باكتئاب حاد سبعة أضعاف، ويظهر تأثيره جلياً خلال العامين الأوَّلَيْن بعد وفاة الفقيد، ويمثل الاكتئاب الحاد المبكر في تلك الفترة إشارة واضحة إلى الإصابة بحالات أخرى من الاكتئاب لاحقاً.

يسبب فقدان الشريك كرباً شديداً دون شك، وهو أمر شائع

بين النساء كذلك، إذ تفقد 50٪ من النساء الأمريكيات أزواجهن قبل وصولهن سن الخامسة والستين، وقد يؤدي الفقدان المفاجئ للشريك إلى الإصابة باكتئاب يدوم عدة سنوات، ولاسيما إذا كان الشريك خالياً من الأمراض قبل وفاته، فالوفاة بعد مرض واضح أخفُّ وقعاً على الشريك، وقد وجدت دراسة أُجريت في الولايات المتحدة أن بعض النساء دُمِّرن تماماً إثر وفاة شريكهن بصورة مفاجئة، غير أن الحادث كان له تأثير مختلف على نساء أخريات اكتسبن قوة إضافية من التجربة المحزنة. يحاول الباحثون التعرف على العوامل التي تحدد طريقة تعامل الثكالى مع مصابهن الأليم، وقد وجدوا أن النساء اللواتي كن سعيدات في زواجهن تعرضن أكثر لحالات الاكتئاب من اللواتي كن تعيسات في الزواج، ومن المثير للدهشة أن النساء اللواتي خبرن الأمراض العقلية سابقاً تعاملن بصورة أفضل مع فقد الشريك. هل يزيد فقد أحد الأبوين بالنسبة إلى الطفل من احتمالات إصابته بالاكتئاب لاحقاً في حياته؟

لا يوجد حتى الآن ما يؤكد أن فقد أحد الأبوين قد يُعرض الطفل للإصابة بالاكتئاب لاحقاً، إذ إن العامل الأهم هو كيفية التعاطي مع حدث الوفاة، بالإضافة إلى الرعاية التي تلقّاها الطفل في تلك الفترة. غير أن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى إمكانية تعرض النساء للاكتئاب لاحقاً إذا ما عانين من فقد الأم في فترة الطفولة حتّى عمر الثانية عشرة، غير أن دراسات أخرى أُجريت على التوائم الإناث أكدت بوضوح أهمية الاستعداد البيولوجي

للإصابة بالاكتئاب قبل كل شيء، وقالت الدراسات إن العامل النفسي موجود طبعاً، لكن العامل البيولوجي فاقه بعشرين ضعفاً في الأهمية بالنسبة إلى تحديد إمكانية الإصابة بالاكتئاب لاحقاً.

لا بد أن ننظر للبدائل التي توفرت للطفل بعد فقد أحد أبويه ومدى نجاعة البديل، فقد أظهرت الدراسات وجود تأثير واضح لفقد أحد الأبوين في عمر مبكر نتيجة الطلاق مثلاً على احتمال الإصابة بالاكتئاب لاحقاً، إلا أننا لا نجد تأثيراً مشابهاً في حالات الأطفال الذين ينفصلون عن عائلاتهم للالتحاق بمدارس داخلية، أو لدى أولئك الذين تم إخلاؤهم بسبب الحروب، ولم يتوفر حتى الآن دليل يربط بين انفصال هؤلاء عن عائلاتهم وإصابتهم بالاكتئاب لاحقاً.

لا يمكن التعرف بسهولة إلى خطوب الحياة التي تؤثر في حياة المريض بالاكتئاب عدا حالات الثكل إثر فقد عزيز، ولا يمكن الاعتماد على ذاكرة المريض في هذا السياق، فقد تسهو عن بعض الأحداث وتشوه بعضها الآخر، وعلى سبيل المثال قد يُضخم المريض حدثاً ما لربطه بالاكتئاب وتسهيل فهمه. هناك أيضاً معضلة أخرى ألا وهي محاولة فصل الأحداث التي حفزت الاكتئاب عن تلك التي كانت نتيجة له، مثل فقدان الوظيفة لعدم القدرة على التركيز والتأقلم.

تنحصر خطوب الحياة التي قد تلعب دوراً في تحفيز الاكتئاب في تلك التي تتضمن إهانة قاسية أو حصاراً محكماً على المريض

يعيقه عن مباشرة حياته اليومية أو فقدان عزيز بالموت، ويأتي هذا الحدث في رأس القائمة. كان الحدث الحاسم في تحفيز الاكتئاب لدى بعض المرضى هو التهديد بفقدان هويتهم، كأم أو زوجة وعجزهم عن فعل ما يمكن للدفاع عنها، فيصبح ذلك جزءاً من سلسلة من المشاكل المتفاقمة، وقد يكون الحدث تورط الأطفال في مصاعب متلاحقة، أو تراكم الديون، أو فقدان المنزل الذي يؤوي الأسرة. كما تندرج المثل العليا ضمن محفزات الاكتئاب، فقد تؤثر خيانة الشريك أو الصديق المقرب على المريض لدرجة تدفعه إلى الاكتئاب، أما المصاعب المادية وفقدان الوظيفة فلها تأثير أقل ما لم يفقد الشخص وظيفته في ظروف مهينة.

هناك خطوب أخرى لها تأثير غير مباشر على المريض لكنه حاد، فقد تصاب امرأة متزوجة برجل فاتر لا يساندها بالاكتئاب عندما تتزوّج أختها الصغرى برجل على النقيض من زوجها، داعم وحنون، لأن ذلك يضع أمامها صورة أوضح لمعاناتها، وقد تصاب امرأة أخرى بالاكتئاب بعد إجراء عملية جراحية بسيطة في المستشفى، حيث لقيت رعاية تامة واستمتعت بظروف إقامة طبية لأنها تسكن في بيت متهالك يفتقر لمقومات السكن الكريم، ومع ذلك لا بد من الحذر في التعامل مع مثل هذه الحوادث لأنها قد توحي بإمكانية تعميم المحفزات الخارجية للاكتئاب وتجاهل الأسباب الباطنية الكامنة في المورثات الجينية للمريض، التي لا تحتاج إلى أي تحفيز خارجي.

سلَّطت الأبحاث النفسية الضوء على حوادث الحياة القاسية وأثرها في تحفيز الكرب النفسي الحاد، متجاهلة بذلك الكرب المزمن، والفرق بين الاثنين يكمن في فترة دوام الكرب، إذ إن الكرب المزمن يدوم فترة أطول من الكرب الحاد، وإذا طرحت سؤالاً على مجموعة من الأشخاص حول تحديد الفترة الأشد كرباً بالنسبة إليهم خلال العام المنصرم مثلاً، ستجد أن معظم الإجابات تدور حول معاناتهم من كرب مزمن وليس كرب حادث واحد مؤثر، وقد وجَدَت إحدى الدراسات أن الكرب المزمن بسبب المرض البدني أو الفقر أو الخلافات الزوجية له تأثير أكبر من تأثير الكرب الحاد في تحفيز الاكتئاب، كما أنه يمكن أن يخفف من التأثير الانفعالي للكرب الحاد.

يعاني بعض الأشخاص أكثر من غيرهم من تكرار حالات الكرب في حياتهم مما قد يؤثر على طريقة تقييمهم لماهية حوادث الحياة، ومع ذلك فإن هناك أدلة تؤكد تعرض أشخاص بعينهم لصدمات متكررة مثل حوادث السيارات أو الاعتداءات الإجرامية أو الحوادث في موقع العمل، وتتضمن العوامل المساعدة على التعرض للحوادث: أسلوب الحياة، والسمات الشخصية، وتعاطي الكحول أو المخدرات، بالإضافة إلى العوامل الجينية كذلك، إذ تشير الدراسات على التوائم أن ربع الحوادث الصادمة التي تعرض لها التوائم ترجع إلى عوامل جينية.

تصاب ثلث النساء بالاكتئاب بعد تعرضهن لحوادث حياتية

مهينة جداً، كما تتعرض خُمس النساء للاكتئاب بعد حوادث حياتية أقل حدة، وهنا يظهر السؤال الملحُّ: لماذا تتعرض نسوة للاكتئاب دون غيرهن، مع أن النساء يُجِدن التعامل مع صعوبات الحياة؟ لا بد من وجود شيء خاص بالنساء الأكثر عرضة للاكتئاب، بالإضافة إلى الجانب الآخر للقصة وهو الاكتئاب الباطني الذي قد يصيب السيدة دون التعرّض لأي كرب أو صدمة في حياتها اليومية، وتشير الإحصائيات إلى إصابة نحو ثلث النساء بالاكتئاب الباطني.

لا تحفز معظم أحداث الحياة الاكتئاب لدى معظم الناس، فهل هناك شخصيات اكتئابية تؤهل صاحبها للوقوع في الاكتئاب؟ شخصيات تعتمد كثيراً على العلاقات الشخصية، وتحتاج إلى الدعم والاطمئنان من الآخرين، بالإضافة إلى ضعفها في مواجهة الكرب؛ أي أنها شخصيات هشة. إن العوامل التي قد تسهم في زيادة هشاشة الشخص إزاء الخطوب التي يواجهها في حياته كثيرة جداً، وعلى رأسها العوامل الجينية، وتُظهر الأدلة التي قدمتها الدراسات التي أجريت على التوائم الإناث أهمية الدور الذي تلعبه الجينات في تكوين الشخصية الهشة، وقد أثبتت الدراسات ارتفاع إمكانية إصابة أحد التوائم بالاكتئاب إلى الضعف بعد مواجهة الخطوب الرئيسة في حياته إذا كان شقيقه قد أصيب بالاكتئاب سابقاً.

تحتل الحياة الاجتماعية والعلاقات الخاصة مركز الصدارة عند

الحديث عن الشخصيات الهشة، ويتضمن ذلك عدم توافر عمل يرتزق منه الشخص، أو فقدان الأم بسبب الوفاة، أو أي سبب آخر قبل سن الحادية عشرة، أو احتقار الذات أو فقدان الدعم الاجتماعي، ومن الواضح طبعاً أن هذه العوامل ليست قائمة بذاتها، لكنها تسهم في توقع رد فعل المرأة في مواجهة أحداث محددة في الحياة، أمّا الفقر فيسهم في تدهور العلاقات الخاصة للشخص، وبذلك في زيادة فرص التعرض للاكتئاب.

تلعب العوامل الاجتماعية دوراً جوهرياً في تحفيز اضطرابات الاكتئاب، فقد تكون العلاقات الحميمة داخل العائلة مبعثاً للكرب بدلاً من أن تكون مصدراً للدعم في مواجهة خطوب الحياة، فالحماة قد تتحول إلى مبعث للكرب والقلق بعد أن كانت ملجأ للدعم في السابق. يضاف إلى ذلك الموقع الاجتماعي للشخص، إذ يبدو أن أولئك الذين يحتلون موقعاً في أسفل السلم الاجتماعي معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب، ويعلق بعض الباحثين على ذلك بقولهم إن الاضطرابات الاكتئابية ما هي إلا انعكاس مباشر للبيئة الاجتماعية للشخص في الماضي والحاضر، إذ يعتمد تأثير الخطوب في الشخص على مدى الرعاية والدعم والمساندة التي لقيها في أثناء مواجهته للخطب، وهو ما نسميه الدعم الاجتماعي الذي قد يقدمه الزوج أو الزوجة أو الأطفال أو الأبوان أو زملاء العمل وكذلك الجيران والأصدقاء والأقارب، ويوفر هذا الدعم حماية للشخص ضد التأثير القاسي للخطوب، كما أنه يساعد على

الوقاية من الاكتئاب في الظروف العاديّة دون خطوب مفجعة، ولذلك فإن غياب الدعم الاجتماعي في حد ذاته قد يكون عاملاً في تحفيز الاكتئاب.

يورد عالم النفس برونو بيتلحيم أمثلة محزنة عن الحاجة للدعم الاجتماعي استقاها من تجربته وتجارب آخرين عاشوا في معسكرات النازية فترة من الزمن، ويتحدث عن أهمية المحافظة على احترام الذات وصون الكرامة والتشبث بالحياة في وجه الأعداء، إذ إن فقدان الرغبة في الحياة يفسح المجال أمام السقوط في الاكتئاب، إذ يشعر المرء بتخلي الآخرين عنه، فتلح عليه رغبة في الموت لا يمكن الفكاك منها إلا بالأمل الذي يمنحه اهتمام الآخرين بمصيره، وكان من الممكن أن ينقذ هذا الأمل الكثيرين ممن سقطوا في براثن الاكتئاب، وتحولوا إلى جثث حية تمشي على الأرض.

تعاني بعض النساء من شعورهن بالتفاهة فلا يرين في أنفسهن ما يستحق التقدير، وهنا تبرز أهمية الدعم الاجتماعي من المحيطين بالمرأة ولاسيما الزوج أو الحبيب، وكلما تضاءلت الحميمية في العلاقة شعرت المرأة بصعوبة التواصل مع الشريك لطرح ما يعتريها من مشاعر، مما يمهد الطريق أمام الإصابة بالاكتئاب بسبب الشعور بالخذلان، الذي يعد أحد العوامل المحفزة للاكتئاب. لكن، يمكن للدعم الاجتماعي أن يأتي من الأقرباء أو الأصدقاء المقرَّبين للسيدة، مما يخفف قليلاً من تأثير هذا العامل، لذلك فإن العلاقات الحميمة سلاح ذو حدين، إذ إنها قد تكون

عامل دعم وقوة في مواجهة مصاعب الحياة من جهة، ومن جهة أخرى قد تكون أحد الأسباب المحفزة للاكتئاب في حياة المرأة إذا ما خذلها شريكها، وقد أثبتت الدراسات أن النساء لديهن تصور محدد إزاء الدعم الذي ينتظرنه من أزواجهنّ، لكن هذا التصور قد يختلف تماماً عما يقدمه الزوج فعلياً على أرض الواقع، ومن ثم تفقد المرأة الدعم الذي تتمناه، ويعد هذا الفقد في حد ذاته أحد محفّزات الاكتئاب.

لقد تعرضنا سريعاً حتى الآن إلى تجارب الطفولة ودورها في تحفيز الاكتئاب لاحقاً، وذلك لأننا لا نملك حتى هذه اللحظة دراسات معمَّقة ومؤكدة توثق تجارب الطفولة، ومن ثم تأثيرها في المستقبل على الأشخاص ذاتهم عندما كبروا، كما أننا لا يمكن أن نعتمد على ذكريات الطفولة التي يحكيها البالغون، فهي ليست موثوقة بما فيه الكفاية لإجراء الدراسات، ومع ذلك فغالباً ما يتردد أن الآباء يلعبون دوراً أساسياً في الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها أطفالهم في المستقبل، ويؤكد الأطباء النفسيون أن التربية غير السليمة قد تؤدي إلى إصابة الأطفال بالاكتئاب في المستقبل، وأن هذا المرض يلخص خيبات الأمل التي تعرض لها الطفل، بالإضافة إلى فشل الأم في إظهار الامتنان والرضا لطفلها. تستند معتقدات الأطباء النفسيين في هذا السياق إلى النظريات أكثر مما تستند إلى أدلة محققة، فيعتمدون على تحليل القصص التي يرويها المرضى وإعادة بنائها ضمن سياق تاريخي، لكن ذلك لا يبدو كافياً

بالنسبة إليَّ، فالأدلة ضرورية في هذا المجال، ولا بد من تحري الدقة أثناء البحث وأخذ العوامل كلها بعين الاعتبار.

كان الطبيب النفسي جون باولبي ممن ساروا في طريق الملاحظة المباشرة للأطفال، دون النظر في قصص البالغين حول طفولتهم وتحليلها، فطور نظريته الخاصة حول تعلق أو ارتباط الأطفال بالوالدين، وأكد فيها أن للأهل دورين إيجابيين في حياة الطفل: أن يوجدوا عند حاجة الطفل إليهم، وأن يتجاوبوا مع حاجته، ويتمثل الدور الثاني في التدخل لمنع الطفل من إيذاء نفسه. أما فشل الأبوين فقد يظهر في إخفاقهما في الاستجابة الفاعلة لحاجيات الطفل، أو رفض الطفل، أو الإتيان بتصرفات غير متوقَّعة، وربما المبالغة في حماية الطفل. يمكننا القول إن البالغين الذين تعرضوا لمحنة قاسية في طفولتهم يصبحون أكثر عرضة للاضطرابات العقلية في المستقبل على وجه العموم، أما بالنسبة إلى الاكتئاب تحديداً فتشير الأدلّة إلى أن النقص في عناية الأم بطفلها، ووجود العنف داخل العائلة قد يكونان ضمن الأسباب التي تحفز الاكتئاب، يضاف إليهما انفصال الأبوين والطلاق، أمّا وفاة أحد الوالدين فقد أظهرت إحدى الدراسات أنه على عكس المتوقَّع، يقلل من نسبة التعرض للاكتئاب في المستقبل.

تابعت إحدى الدراسات الموثوقة حول تأثير الأهل على أطفالهم بعض الأطفال الذين يعاني آباؤهم أو أمهاتهم من الاكتئاب إلى أن أصبحوا راشدين، فوجدت أن نسبة تعرض هؤلاء للاكتئاب

كانت ثلاثة أضعاف نسبة تعرض غيرهم ممن لم يعانِ آباؤهم أو أمهاتهم من الاكتئاب، كما ظهر في الدراسة أن الإصابة بالاكتئاب للمرة الأولى بين هؤلاء ظهرت في المرحلة العمرية ما بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين، وأظهرت نتائج الدراسة كذلك شيوع الاكتئاب الشديد والقلق بين الأبناء الذين ولدوا لآباء أو أمهات مصابين بالاكتئاب أو يعانون من مشاكل مرتبطة بتعاطي الكحول.

قد تؤدي المعاملة القاسية الواضحة أو تجاهل الطفل أو استخدام العنف معه داخل العائلة أو استغلاله جنسياً إلى مضاعفة احتمالية إصابته بنوبة من الاكتئاب في أي فترة من فترات حياته بعد أن يكبر، وقد وجد الباحثون بعض الصلة ما بين طبيعة التربية والإصابة بالاكتئاب في حالات أخرى أقل حدة من التي ذكرناها سابقاً، لكن هذه الصلة ضعيفة وغير واضحة تماماً، إذ إنها تستند إلى ذكريات حزينة سردها مصابون بالاكتئاب في أثناء فترة اكتئابهم، الأمر الذي يدعو إلى الشك في مصداقية مثل هذه الروايات، فرؤية الأمور السلبية جزء من طبيعة الاكتئاب، وهكذا فإن المريض لا يقدِّم حكماً موضوعياً على نوعية التربية التي تلقاها صغيراً، وينطبق هذا أيضاً على المصابين بالاكتئاب ممن تربوا في دور الرعاية، أو ترعرعوا في عائلات تنتمي إلى طبقة متدنية في المجتمع.

ما نحتاجه هنا هو دراسات مستمرة لتلافي الإفادات المتحيِّزة التي تلقي باللوم دوماً على الآباء المتسلطين والأمهات اللواتي

يبالغن في حماية أطفالهن، لأن معظم هذه الإفادات لا تزيد عن قصص وحكايات يرويها المرضى بعد إضافة الكثير من مشاعرهم السلبية إليها. مع ذلك، فهناك أدلة تشير إلى تأثير التربية في الإصابة بأمراض القلق مثلاً، التي ترتبط بنقص التفاعل العاطفي مع الطفل، بيد أن الأدلة تشير إلى علاقتها الواهية مع الاكتئاب، لذلك فإن الدور الأكبر قد يكون للعوامل التي تؤثّر في حياة البالغ لا في الطفولة، كما أن العلاقات العاطفية السليمة تسهم بقوة في التعويض عن أي حرمان في مرحلة الطفولة.

لا يوجد ما يكفي من المعلومات للبحث في العلاقة بين المهنة التي يمارسها الشخص والإصابة بالاكتئاب، فنحن لا نعرف نسبة إصابة الجنود أو لاعبي كرة القدم على سبيل المثال به، لكن هناك بعض الدراسات المتناثرة هنا وهناك تلقي بعض الضوء على الموضوع، فقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على الرياضيين البارزين في إسبانيا من الجنسين ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة الإصابة بالاكتئاب، والحال كذلك بالنسبة إلى الراقصين والراقصات. غير أن هناك دراسة واضحة تضم بيانات محددة عن الأطباء ظهر فيها أن 50٪ من الأمراض النفسية التي تصيبهم تتعلّق بالاكتئاب بصورة أو بأخرى ولاسيما الطبيبات، ومن البيانات المثيرة للاهتمام في هذه الدراسة، إصابة ثلث الأطباء الجدد بالاكتئاب السريري، في حين يصيب هذا المرض 6٪ فقط من المديرين، و27٪ من الأطباء العامين دون وجود أي أسباب

واضحة لإصابة فئة من الفئات السابقة، باستثناء التضارب بين الحياة الشخصية والعمل، والمسؤوليات الملقاة على عاتق صاحب المهنة، ولاسيما ما يتعلق باتّخاذ القرارات، وينطبق السبب الأخير تحديداً على الأطباء الذين يقعون في حالة دائمة من نقد الذات حول أدائهم مع المرضى، وكما رأينا سابقاً فإن نقد الذات يَصُب في أعراض الاكتئاب دون جدال، غير أن التعميم غير وارد هنا، إذ إن السمات الشخصية للفرد وتجاربه السابقة في الحياة لها الأثر الأكبر دون شك.

هل هناك علاقة بين المعتقدات الدينية والإصابة بالاكتئاب؟ قد تحتمل الإجابة عن هذا السؤال الكثير من التناقضات كما هي الحال في كل الأسباب المؤدية للاكتئاب، ففي دراسة أجريت في الولايات المتّحدة على الأشخاص الذين تجاوزوا الخامسة والستين، ظهر أن أولئك الذين يؤمون الكنائس منهم معرضون للإصابة بالاكتئاب بنسبة 50٪ أقل من نظرائهم الذين لا يذهبون إلى الكنيسة، وبرزت نسبة مشابهة كذلك في دراسة هولندية أشارت إلى تناقص عدد المصابين بالاكتئاب بين صفوف من يعتنقون ديانة محددة.

غير أن هناك أدلة أخرى تشير إلى زيادة نسبة الاكتئاب بين المؤمنين بديانة ما، لكنهم لا يمارسون شعائرهم بانتظام، ولاسيما بين المسيحيين الكاثوليك، وقد جاء اليهود في المركز الأول في معدل الإصابة بالاكتئاب في الولايات المتحدة، وتلاهم مباشرة

المسيحيون الكاثوليك، أمّا نسبة الإصابة بين الذكور والإناث من اليهود في الولايات المتحدة فكانت متساوية تقريباً، وقد يرجع ذلك إلى انخفاض نسبة تعاطي الكحول لدى اليهود، ومن المفاجآت التي أظهرتها الدراسة ذاتها ارتفاع معدل الإصابة بالاكتئاب إلى ثلاثة أضعاف بين طائفة «الآميش» في الولايات المتحدة مع أن أفراد هذه الطائفة يؤمنون بالتسامح والحب، ولا يمارسون أي نوع من العدوانية.

هل يصاب المرضى الذين يعانون أمراضاً خطيرة بالاكتئاب؟ وجدت الدراسات أن زهاء 10٪ من مرضى الإيدز مصابون بالاكتئاب، مع ارتفاع ملحوظ يصل إلى خمسين ضعفاً في نسبة الانتحار عن عامة الناس، وبالنسبة إلى الذين عانوا من أزمة قلبية في وقت من الأوقات، فإن نسبة الإصابة بالاكتئاب ترتفع في الأسابيع الأولى بعد الأزمة إلى 40٪، وبالطبع يمكن للإصابة بالاكتئاب أن تُعجل في قتل مرضى القلب خلال ستة أشهر من تاريخ إصابتهم بالأزمة القلبية بنسبة تزيد ثلاث أو أربع مرات عن أولئك الذين لم يصابوا بالاكتئاب إثرها. كما يُصاب خمس مرضى السرطان بالاكتئاب بسبب القلق على المستقبل وعجزهم عن فعل أي شيء إزاء ذلك، ومع ذلك فإن الاكتئاب ليس النتيجة الحتمية لكل مصاب بمرض قاتل.

قد يبدو في الواقع أن الإصابة بالاكتئاب أسوأ بكثير من الإصابة بالأمراض البدنية الخطيرة، وقد تحدث الدكتور جون

هوردر الذي ترأس الكلية الملكية للأطباء فترة من الزمن عام 1982 في إحدى المقابلات أنه عانى من المغص الكلوي، وتعرض إلى أزمة قلبية وأصيب كذلك بالاكتئاب، لكن آلام الاكتئاب كانت أشد وأقوى من أي شيء آخر، ويضيف: «*لو خُيِّرت بين هذه الأمراض، لتجنَّبت دون شك آلام الاكتئاب، فهي آلام بدنية حقيقية تشبه الآلام التي تسبق الأزمة القلبية، لأنها تسري في كامل أنحاء الجسد، لكن انفراجها يستغرق وقتاً طويلاً، حتى إنّني أراها تهديداً لحياة المرضى، إذ تستحوذ هذه الآلام على المريض فيصاب بصورة من صور الشلل الذي يجمد الرغبة في أي شيء ويحطم القدرة على اتخاذ القرارات، فلا يبقى غير الشعور بالبؤس والألم*».

هناك أمراض بدنية أخرى أقل حدة قد تسبب الاكتئاب، دون أن يُلاحِظ ذلك المختصون مثل آلام المفاصل، إذ يصاب نحو 20٪ من المرضى بالاكتئاب الشديد، ويشكو 80٪ منهم من الوهن والأرق وهي أعراض الاكتئاب، لكنها لا تكفي للتشخيص دون أن تصاحبها أعراض أخرى. هناك أيضاً المرضى المصابون بأمراض الكلى، إذ ترتفع نسبة الإصابة بالاكتئاب لديهم إلى 10٪، وهي النسبة التي نلاحظها بين المصابين بالأمراض المزمنة عموماً. أما المرضى بالتليُّفات الكيسية، فقد يتعرضون للاكتئاب كذلك، لكن نسبة تعرضهم لذلك غير مثبتة بعد، لكن الغريب في الأمر أن نسبة التعرض للاكتئاب منخفضة نوعاً ما بين المصابين بالأمراض الجلدية رغم الأهمية التي تحظى بها صورة الجسد من

الناحية النفسية لهؤلاء المرضى، ويؤكد ذلك كثرة ترددهم إلى أطباء الأمراض الجلدية، غير أن بعض الدراسات تشير إلى ارتباط بعض حالات الأكزيما في حد ذاتها بالاكتئاب.

يعاني 10٪ من مرضى التصلب اللويحي من الاكتئاب، وهناك علاقة واضحة بين الاكتئاب والصداع النصفي، وتنسحب هذه العلاقة كذلك على المرضى الذين أصيبوا بالذبحة القلبية سابقاً، إذ تشير الإحصائيات إلى إصابة 10٪ منهم بالاكتئاب قبل حدوث الذبحة، وهناك أبحاث تشير إلى علاقة وطيدة بين الاكتئاب الذي يصيب المرضى بعد الذبحة القلبية وظهور كدمات في الجانب الأمامي الأيسر من الدماغ، ويمكننا القول كذلك إن أي نوع من الضربات القاسية التي قد يتعرض لها الرأس ربما تتسبب بالاكتئاب، والعلاقة واضحة ومؤكدة بين الألم المزمن والإصابة بالاكتئاب، لكننا لا نعرف حتى الآن أيهما يُسبِّب الآخر.

عُرفت الاكتئابات الموسمية منذ زمن بعيد قد يعود إلى أبقراط عام 400 قبل الميلاد، وقد عالج الأطباء الإغريق والرومان هذه الاكتئابات بتعريض عيني المريض إلى ضوء الشمس المباشر. أما في الزمن الحديث، فقد أشار طبيب رافق حملة استكشافية إلى القطب الشمالي، إلى تأثير غياب ضوء الشمس على سكان القطب الشمالي وأعضاء الحملة الاستكشافية، فوصف الأعراض التي أصابت الأعضاء أنها تشمل الإرهاق ونقص الرغبة الجنسية والهبوط في المزاج العام.

تنبع أهمية غياب ضوء الشمس وارتباطه بالاكتئاب الموسمي من انتشار الاضطراب الانفعالي الموسمي (SAD) بصورة واضحة في النصف الشمالي من الكرة الأرضية، حيث تزداد الأعراض وضوحاً كلما قصرت فترة النهار وطالت مدة الليل في تلك المناطق. كما تظهر الأعراض ذاتها عند أولئك الذين يعملون في المناطق الشمالية داخل غرف لا يدخلها ضوء الشمس، وتؤكد الإحصائيات إصابة 5٪ من قاطني مناطق أقصى شمال الكرة الأرضية بالاضطراب الانفعالي الموسمي، غير أن نسبة أكبر من السكان تعاني من تقلبات المزاج فقط، لكن لا يوجد ما يؤكد ارتباط الاضطراب بفصل الشتاء مثلاً، وهناك دراسات تشير إلى عكس ذلك، لكنها تؤكد ارتفاع نسبة إصابة النساء بالاكتئاب الشتوي ولاسيما في الفئة العمرية ما بين العشرين والثلاثين، وقد كشف استطلاع أجري في واشنطن أن 10٪ من السكان تأثروا بقدوم الشتاء، وأظهرت استطلاعات في مناطق أخرى أن نصف عدد المشاركين في الاستطلاع يشعرون بتقلبات المزاج مع تغيير فصول السنة.

يعاني بعض المرضى من حالة اكتئاب في الوقت ذاته كل عام، ولا ندري بالضبط إن كان ذلك متعلِّقاً بتغيير الفصول أم لا، وتورد إحدى الدراسات مثالاً حياً على ذلك عن سيّدة تذهب إلى المستشفى في الوقت ذاته كل عام طالبة إدخالها المستشفى وذلك قبل عيد الشكر بيوم واحد، وفي اليوم التالي تصاب السيّدة بحالة

من الاكتئاب الحاد، مما يجعلها نموذجاً مثالياً لدراسة الاكتئاب لو توافرت لنا طرق البحث المناسبة، وربما يقضي أحد الباحثين عمره في محاولة ذلك.

لقد زرت فنلندا في بداية الشتاء في إحدى السنوات، فألفيت سكان هيلسنكي يعانون من كآبة جماعية بسبب فصل الشتاء، فالنهار قصير جداً ومعتم، والأمطار تتساقط طوال الوقت، لكن حالة السكان تغيرت مع سقوط الثلوج التي جعلت المدينة أكثر إشراقاً بإضافة اللون الأبيض الساطع، حتى إن السكان كانوا يذهبون إلى عملهم تزلجاً على الجليد، وتقول الجرائد اليومية إن ثلث المدرِّسين والعلماء يصابون ببعض أعراض الاكتئاب الموسمي في فصل الشتاء، ولذلك وضعت مضيفتي وسائل إنارة تشبه الإنارة الطبيعية في المختبرات التي تديرها، وكانت النتائج مشجِّعة على مستوى العاملين في المختبرات، وكذلك يفعل مقهى «إنجل» الشهير، فهناك عدد من وسائل الإنارة الصناعية قرب نوافذ المقهى.

قد يظن بعضهم أن الاكتئاب الموسمي منتشر في فنلندا أكثر من أي مكان آخر في أوروبا، لكن ذلك غير صحيح، إذ أكد لي عدد من الأطبّاء النفسيّين أن الاضطراب الانفعالي الموسمي منتشر في جميع أنحاء أوروبا بالدرجة ذاتها وهي اثنان إلى ثلاثة في المئة من عدد السكان، بما في ذلك إيطاليا وإسبانيا، أما الاختلاف الوحيد فكان في حدة المرض، كما سجلت النساء نسبة في الإصابة تفوق

الرجال بخمس إلى عشر مرّات.

نرى من جميع ما سبق أن عوامل كثيرة قد تحفز الاكتئاب ولاسيما تلك المتعلقة بالفقد، غير أننا لا بد أن ننظر إلى تلك العوامل ضمن سياق البيئة الاجتماعية، والتاريخ الشخصي للمريض، بالإضافة لتركيبته الجينية، ولا بد أن نلاحظ كذلك أن هناك اكتئابات باطنية المنشأ وليس لها محفِّز ظاهر، وتتدخل شبكة من العوامل الخارجية والداخلية في ظهور نوبة الاكتئاب الأولى، وهكذا فهناك عدة طرق تؤدي إلى مرض الاكتئاب، ومن هذه الطرق هناك طريق ينتهي مع الأسف بالانتحار.

الفصل السادس

الانتحار

يتحوّل الاكتئاب أحياناً إلى مرض قاتل إذا بدأت فكرة الانتحار تراود المريض، وهو أمر شائع بين المصابين بالاكتئاب، إذ يُقدم على الانتحار شخص من بين عشرة أشخاص مصابين بالاكتئاب الحاد، أمّا في حالات الاكتئاب الهوسي فتتراوح النسبة بين عشرة في المئة إلى عشرين في المئة من المصابين. لقد فكرت شخصياً في الانتحار مئات المرات عندما كنت في أوج حالة الاكتئاب، لكنني لم أتمكن من العثور على طريقة آمنة لأقتل نفسي دون ألم، على الرغم من أنني باحث في البيولوجيا. فكرت في الحبوب المنوِّمة التي أتعاطاها، وفكرت في أدوية القلب كذلك، بيد أنني لم أكن واثقاً في مفعولها في الإجهاز عليَّ، ولم أرد بالطبع أن أزيد حالتي سوءاً. فكرت كذلك في إلقاء نفسي من نافذة غرفتي في المستشفى في الطابق السابع، لكن النافذة كانت دائماً موصدة ففكرت في تهشيمها بواسطة الكرسي الموجود في الغرفة، غير أني عدلت عن الفكرة لخوفي من المرتفعات، خطر ببالي أيضاً أن ألقي بنفسي أمام أحد القطارات، لكنني خفت من الألم الذي قد أشعر به، ثم

تخيلت وجود زر بجانب سريري يقتلني دون ألم إذا ضغطت عليه، وخطر لي لاحقاً أن أهشم رأسي بالاندفاع نحو الباب الزجاجي في الغرفة، ولا أدري ما الذي أوقفني. لقد غضبت زوجتي جداً عندما علمت بها أفكر فيه، وقالت إن أبنائي سيعانون كثيراً إذا أقدمت على الانتحار، ثم أقنعتني أنها ستعاونني على الانتحار إذا لم تتحسن حالتي النفسية خلال عام فصدقتها، ولكن لحسن الحظ بدأت حالتي في التحسن بعد ذلك.

تظهر الرغبة في قتل النفس بسبب عدة عوامل متشابكة منها أعباء الحياة الثقيلة وعدم القدرة على التعامل مع الواقع الصعب، بالإضافة إلى الإصابة بالأمراض المختلفة، مما يدفع بالمكتئب إلى التفكير بالانتحار باستمرار، لكن ذلك لا يعني أنه قد يُقدم على الانتحار بالفعل، ومن المذهل معرفة أن 50٪ من المراهقين يفكرون بالانتحار أسبوعياً تقريباً، غير أنهم لا يضعون تلك الأفكار موضع التنفيذ إلا نادراً، ولا يرتبط الانتحار دائماً بالاكتئاب، إذ إن مرضى الفصام والمدمنين على الكحول تراودهم فكرة الانتحار كذلك، أما المجتمعات غير الغربية فإن للانتحار فيها أسباباً وظروفاً مختلفة.

عبَّر الكثير من الكُتاب عن مشاعرهم ورغبتهم في الانتحار، ومنهم الشاعر شيلي، الذي قال:

«هل لجسدي الواهن الضعيف
أن يستريح أخيراً في ظلال هذه الغابة الكئيبة
فتنطفئ شعلة الحياة وتخبو روحي

وأغلق عيني للأبد
وتحلِّق روحي إلى المجهول
بعيداً عن الألم الذي خطَّ
على وجهي الذابل قصة الجنون»

لقد حاول الأديب تولستوي الانتحار كذلك قبل ارتداده إلى الدين عندما كان في الخمسين من عمره، ووصف تجربته في كتابه «اعترافاتي»، حيث يقول في الكتاب إنه كان سعيداً ويتمتع بصحة جيدة، بيد أنه فكر في الانتحار مراراً، وهو أمر محير دون شك، وهذا بالطبع أحد المتناقضات التي تُميز الاكتئاب: «*لا أجد أي معنى لحياتي، فكل يوم وكل خطوة تقرِّبني من الهاوية وأرى نهايتي أمام عيني، فلا أستطيع التوقف أو التراجع ولا يمكنني التعامي عما ينتظرني من عذاب حتّى الموت الذي سيتكفل بمحو كل شيء، وهأنذا الرجل السعيد، سليم البدن لا أملك من أمري شيئاً، تجرني قوة طاغية إلى هلاكي غير أنني لا أنوي الانتحار، لكنها قوة عظيمة وطاغية تلك التي تسحبني بعيداً عن الحياة، قوة توازي تعلقي بالحياة وتشبثي بها فلا أملك حيالها إلا التمني. لقد راودتني فكرة الانتحار وظلت تلح عليَّ حتى إنني أحاول خداع نفسي وإبعادها عن هذه الفكرة، فأنا لا أريد أن أتسرع، وأحاول تنظيم أفكاري قبل أن أقتل نفسي، لقد كنت سعيداً، ومع ذلك فقد أخفيت حبلاً كان موجوداً في غرفتي لأتجنب شنق نفسي به بين رفوف الكتب في غرفة مكتبي حيث كنت أقف وحيداً وعارياً كل ليلة، تتجاذبني*

الرغبة في الانتحار بعد أن نحيت جانباً فكرة استخدام المسدس، لأنه طريقة أسهل من اللازم للتخلص من حياتي. لم أكن أعرف ما أريد، وكنت خائفاً من الحياة، ومع ذلك فقد كان هناك بصيص من الأمل يجذبني إليها».

هناك أيضاً الشاعرة آن سكيستون التي عانت من اكتئاب هوسي وانتحرت عندما كانت في السادسة والأربعين من عمرها، بعد أن تركت عدداً من القصائد التي تصف ألمها ومعاناتها، ومنها هذه القصيدة بعنوان «مرض حتى الموت»:

«*تخلى الرب عني*
وجفَّ البحر وبهتت الشمس
تسرب الرب من أصابعي، فصارت حجراً
وظلَّ جسدي ذبيحة معلقة في المسلخ
جاءني زائر بحبة برتقال
منعني يأسي من تذوقها
رأيت الرب فيها، فلم أمسسها
جاء القس وقال:
الرب موجود للجميع حتى لهتلر
فلم أصدِّقه
لأن الرب تخلى عنّي
لم أّعد أسمع غناء الطيور
تخلت الطيور عنّي

لم أعد أرى الغيوم الخرساء
لكنني رأيت يقيني
يتحطم على فوهة البركان
سأتشبث بالحياة، قلت لنفسي
جاءوني بالأناجيل والصلبان
جاءوني بزهرة أقحوان صفراء
لم ألمسها
كنت مشوهة، أطفح قذارة
حاولت الزحف نحو الرب
لكنني تجمدت ولم آكل خبز الرب
فأكلت نفسي
قضمة تلو الأخرى
وغسلتني الدموع
موجة بعد موجة
وأطل عليَّ يسوع من عُلاه
واقترب مني ضاحكاً
وفي فمي نفخ من روحه
فقلت أنت أخي ورفيقي
وتركت الأقحوانة الصفراء
لجارتي المختلّة في السرير المجاور»

أقدم الكاتب الياباني راينوسوك أكوتاجاوا على الانتحار عام

1927 عندما كان في الخامسة والثلاثين من عمره، وترك لنا في كتابه «حياة الأحمق» بعض التفاصيل عما كان يعانيه: «*لم تعد لدي القوّة الكافية لمواصلة الكتابة، فحياتي سلسلة من الآلام المتواصلة، ألا يوجد من يتكرم عليَّ بقتلي بهدوء في أثناء نومي؟* ».

يحمل الانتحار دون شك وصمة أقسى من وصمة الاكتئاب، بل إنه مخالف للقانون في بعض الدول، كما أن الإحصائيات المتعلقة بالانتحار محدودة جداً، فربع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة فقط لديها إحصائيات عن نسب الانتحار، وبالنظر إلى إحصائيات منظمة الصحة العالمية عام 1994، نجد أن لاتفيا ولتوانيا وأستونيا وروسيا تتصدر معدلات الانتحار، إذ ينتحر في هذه الدول أربعون شخصاً من بين كل مئة ألف نسمة، وتتبعها فنلندا بمعدل ثلاثين شخصاً من بين كل مئة ألف نسمة، وتليها سويسرا والنمسا بمعدل خمسة وعشرين شخصاً، ثم فرنسا وبلجيكا بمعدل عشرين شخصاً، ثم ألمانيا والسويد بمعدل خمسة عشر شخصاً، وتأتي في آخر القائمة كل من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وإيرلندا وإسبانيا بمعدل عشرة أشخاص من بين كل مئة ألف شخص.

تشير الإحصائيات عموماً إلى ارتفاع نسبة الانتحار بين الرجال وكبار السن مقارنة بالنساء والشباب، كذلك بين أولئك الذين فقدوا عزيزاً أو عانوا تجربة الانفصال عن الشريك، في حين تنخفض لدى المتزوجين، وهناك مهن محددة يتعرض أصحابها لمخاطر الانتحار أكثر من غيرهم مثل الأطباء، ولاسيما النساء

منهم، والمحامون ومن يعملون في مجال الفنادق والحانات، وكذلك الممرضون والكتاب، أمّا البطالة فتسهم في ارتفاع نسبة الانتحار، وتزداد نسبته بين الرجال عموماً مع أن النساء يُصبن أكثر بالاكتئاب.

هناك اختلاف مثير للاهتمام بين المجموعات العرقية، فنسبة الانتحار ضئيلة جداً بين الأمريكيات من العرق الأسود، وتتلاشى نسبة الانتحار بين الأمريكيات متوسطات العمر. وتُظهر الإحصائيات كذلك أن عدد الرجال السود الذين ينتحرون نصف عدد نظرائهم البيض ممن يُقدمون على الانتحار. أمّا بعض مناطق الهند، حيث أجريت بعض الاستطلاعات حول نسبة الانتحار، فقد ظهر أن النسبة تصل فيها إلى خمسة وثلاثين شخصاً من بين كل مئة ألف نسمة، وتتفوق النساء في نسبة الإصابة، إذ تنتحر ثلاث نساء مقابل رجل واحد في تلك المناطق.

انخفضت نسبة الانتحار في المملكة المتحدة خلال الحربين العالميتين الأولى والثانية، لكنها ارتفعت ارتفاعاً ملحوظاً خلال فترة الركود الاقتصادي في ثلاثينيات القرن العشرين، كما ظهر ارتفاع آخر في فترة الخمسينيات دون أسباب واضحة، ويتَّبع الرجال طرقاً مختلفة للانتحار عن تلك التي تتّبعها النساء، إذ ينتحر نصف الرجال باستنشاق الغازات المنبعثة من عادم السيّارة الواقفة في المرآب، في حين تفضل النساء استخدام الأدوية بما فيها مضادات الاكتئاب، وقد عبر ثلثا الأشخاص الذين أقدموا على

الانتحار عن نيتهم في فعل ذلك أمام أقاربهم، كما استشار عدد مماثل من المنتحرين الطبيب النفسي قبل شهر من إقدامهم على الانتحار.

تشير الإحصائيات الرسمية إلى وجود اثنين وثلاثين ألف حالة انتحار سنوياً في الولايات المتحدة، وقد يكون العدد الحقيقي أكبر من ذلك بكثير، إذ يُقدَّر وجود مئة محاولة انتحار مقابل كل حالة انتحار كامل، وبذلك يرتفع عدد حالات الانتحار إلى عدة ملايين كل عام، وبارتفاع عدد حالات الانتحار بين الشباب يظهر الأثر المروِّع لهذه الظاهرة على المجتمع بأكمله، إذ يتعرض أكثر من ستين ألف طفل أمريكي سنوياً لتجربة انتحار أحد أقاربهم وما تخلفه من أثر مدمر على حياة الطفل عموماً. أمّا المراهقون الذين يتعرضون لمثل هذه التجربة، فهم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب ولاسيما في السنة الأولى بعد حادث الانتحار.

ما الذي يدفع الإنسان إلى الإقدام على الانتحار؟ تتضمن الأسباب عدة عوامل بيولوجية ونفسية متشابكة، إذ تشير المعلومات التي يتم جمعها من أقارب الضحايا وأصدقائهم بالإضافة إلى سجلاتهم الطبية إلى وجود اضطرابات نفسية شديدة، وغالباً ما يكون أولئك الضحايا مصابين بالاكتئاب، فيُقدمون على الانتحار في بداية نوبة الاكتئاب أو بعد انتهائها، إذ يسيطر على المريض شعور كاسح باليأس يدفعه للتخلص من حياته بغض النظر عن درجة الاكتئاب التي يعاني منها، ويصف

الروائي ستايرون هذا الشعور بقوله: «*تسيطر على عقل المريض قوى شديدة يشعر معها المرء أنه محبوس في غرفة شديدة الحرارة دون أي منفذ يشتم منه الهواء، وما ينفك يفكر بالخلاص من محبسه بأي طريقة*».

تظهر أعراض الاكتئاب على عدد كبير من المدمنين على الكحول، ويُقدم خمسة وعشرون في المئة من مدمني الكحول والمخدرات على الانتحار في نهاية المطاف، وهناك علاقة واضحة بين الاكتئاب والإدمان، لكننا لا نعرف بالضبط أيهما يسبب الآخر حتى الآن، وقد وجدت دراسة شملت سبعاً وستين حالة انتحار بين المراهقين في الولايات المتحدة، أن 40٪ منهم كانوا مصابين باكتئاب شديد، في حين كان 30٪ منهم مدمنين على الكحول أو المخدرات. كما ظهرت نتائج مشابهة في دراسة أخرى في فنلندا على المراهقين هناك، بالإضافة إلى وجود عدة عوامل أخرى مشتركة بين المنتحرين من الذكور مثل الانفصال عن العائلة، والعنف العائلي، والإدمان على الكحول، لكن ذلك لا يعني اقتصار الانتحار على العائلات المتفككة أو العنيفة فقط، فالانتحار قد يكون وراثياً، وقد تُقدِّم العوامل الموروثة حافزاً على الانتحار لدى بعض الأشخاص.

قام عالم الاجتماع الشهير إيميل دوركايم بدراسة ظاهرة الانتحار قبل فرويد، وصنَّف الانتحار إلى ثلاثة أنواع؛ انتحار أنوي (بتأثير الأنا) ينتج عن إخفاق الفرد في الاندماج مع مجتمعه،

ومن ثم اعتماده على مصادره الخاصة لإشباع حاجاته المعنوية. أما النوع الثاني فهو نقيض النوع الأول، وهو الانتحار الغيري، الذي يحدث لأن المرء مستعد للموت في سبيل المجموعة من أجل هدف نبيل. وأخيراً، هناك انتحار الانبتات، الذي تسبِّبه القطيعة بين المرء وما حوله، لخطب جلل قد يصيب المرء.

توقع الفنان الأمريكي رالف برتون في الخطاب الذي تركه بعد إقدامه على الانتحار أن يحاول الجميع تعليل انتحاره بشتى الأسباب، غافلين عن السبب الحقيقي وهو مرضه العقلي، وكان يعتقد أن كل من يعرفه سيقدِّم تفسيراً مختلفاً لإقدامه على التخلص من حياته، وأن معظم هذه التفسيرات قد تبدو مأساوية، لكنها لا تصيب عين الحقيقة. نعم، إن الأسباب الحقيقية للانتحار تكمن في الأمراض العقلية، أما صعوبات الحياة فلا تعدو كونها محفزات تدفع الشخص إلى القيام بالفعل، وقد يخترع المنتحرون صعوبات غير موجودة، إذ يدَّعي برتون أنه لم يعانِ إلا النزر اليسير من الصعوبات الفعلية، وقد تمتع بحياة رائعة قد لا تتاح لكثيرين غيره، كما كانت صحته العامة على خير ما يُرام، غير أنه عانى من الاكتئاب منذ نعومة أظافره، وظهرت عليه علامات الاكتئاب الهوسي في السنوات الأخيرة قبل وفاته، فمنعه ذلك من مواصلة عمله والاستمتاع بحياته، وكان ينتقل من بلد إلى آخر ومن زيجة إلى أخرى في محاولات فاشلة للهروب من نفسه كما اعترف لاحقاً، وفي النهاية لم يجد إلا طريقاً واحدة للخلاص من معاناته.

وجدت بعض الدراسات الأنثروبولوجية أن بعض الأشخاص يُقدمون على الانتحار دون أن تظهر عليهم أعراض المرض العقلي، لكنهم يعانون من ضغوطات اجتماعية كبيرة لا يجدون سبيلاً للتخلص منها إلا بالانتحار، الذي قد يكون أمراً مقبولاً في بعض الثقافات. ومن المعروف أن فكرة الانتحار مرتبطة بالحياة المدنية العصرية بعد الثورة الصناعية، غير أن الأمر أعقد من ذلك، إذ ترتفع نسبة الانتحار بين النساء في الريف الصيني دون سبب واضح، أما انتشار الانتحار بين الهنود الأمريكيين فيعود إلى الإدمان على الكحول.

تُعد نسب الانتحار في الصين من أعلى النسب في العالم ولاسيما في الريف، ويُعتقد أنها ثلاثة أضعاف نسبة الانتحار في الغرب، وتتفوق النساء على الرجال في نسب الانتحار في الريف الصيني بنسبة أربعة إلى واحد، وقد خصَّصت إحدى الدوريات الصينية الشهرية مقالاً شهرياً بعنوان: «لماذا يختارون الانتحار؟» للحديث عن هذه الظاهرة وأسبابها التي قد لا ترتبط بوجود اكتئاب شديد كما هي الحال في الغرب، فقد وجد مايكل فيليبس في بحثه عن أسباب ارتفاع معدلات الانتحار في الصين أن أقل من نصف المنتحرين كانوا يعانون من الاكتئاب، أما الأسباب الفعلية فقد تكمن في الضغوط الاجتماعية غير المحتملة التي تُمارس على الصينيين في الريف ولاسيما على السيّدات، إذ تعاني الريفيات من تسلط الحماة، وخيانة الأزواج، بالإضافة إلى الفقر، مما يدفعهن إلى

ارتكاب ما اصطلح على تسميته «الانتحار العقلاني»، ويستخدمن ما قد تصل إليه أيديهن من مبيدات حشرية متوافرة بكثرة في الريف، ونظراً لنقص الرعاية الطبية فإن ذلك يؤدي في الغالب إلى وفاتهن.

ينتشر الانتحار انتشار الوباء بين سكان جزر جنوب المحيط الهادي، فهو المسبِّب الأول للوفاة بين الرجال هناك ولاسيما الشباب. أما التفسير المحلي لهذه الظاهرة، فهو إقدام الشباب على الانتحار بسبب استحالة العيش ضمن المجتمع في حال تعرضهم لإهانة لا تُغتفر، أو وقوعهم في موقف مُذل. وفي حال غياب المؤسسات التقليدية لحل النزاعات العائلية والقبلية بين أفراد المجتمع، يبدو الانتحار صورة من صور الانتقام من الطرف الآخر، وطريقة لحل المشكلة، والحفاظ على الكرامة. أما في غينيا الجديدة فتُقدم النساء على الانتحار انتقاماً من أزواجهن على سوء معاملتهم لهن، وفي سيريلانكا وصلت معدلات الانتحار إلى سبع وأربعين حالة من بين كل مئة ألف نسمة، وهو رقم ضخم بكل المقاييس ولاسيما أن معظمهم من الشباب المبعدين عن عائلاتهم، الذين فقدوا الأمل في إيجاد وظائف كريمة تقيهم غوائل الفقر والتشرد، فيلجأون إلى ما يجدونه من سموم، وبخاصة المبيدات الحشرية، فيتناولونها للتخلص من حياتهم.

يظهر دور العوامل الاجتماعية بوضوح في بعض الدراسات التي تناولت ظاهرة الانتحار، فقد رصدت دراسة أجريت في

الهند عدة أسباب للانتحار مثل الأمراض المفزعة كالبرص والفقر والفشل في العلاقات الاجتماعية، وحتى الإخفاق في الامتحانات. ولا يعترف النظام الصحي في الهند بتصنيف الانتحار حالةً طبية مهمة. وبينما ترفض الديانة الهندوسية والديانة الجينية في الهند الانتحار عامة، تعترف كلتاهما بوجود ظروف حياتية تقدم تبريراً كافياً للانتحار، مثل الإصابة بمرض عضال لا شفاء منه. أما الأرملة في الديانة الهندوسية فلا تكون زوجة مثالية إلا إذا قامت بإلقاء نفسها وراء زوجها المتوفَّى في محرقة الجثث، ويُسمَّى هذا الطقس «ساتي»، وهو طقس متَّبع في الهندوسية منذ آلاف السنين، ويشجعه أقرباء الزوج والزوجة، كما يحفل التاريخ الهندي بالعديد من قصص الانتحار الجماعي، وبخاصة بين النساء، ففي القرن السادس عشر كانت النساء يقدمن على الانتحار مخافة الوقوع في أيدي الغزاة، كما استخدم الانتحار في القرن العشرين للتعبير عن الاحتجاج.

وخلافاً للفكرة الشائعة، فإن معدلات الانتحار في اليابان لا تزيد عن مثيلاتها في أيٍّ من الدول الأوروبية، وقد كان هناك ارتفاع في تلك المعدلات في خمسينيات القرن العشرين، لكنها انخفضت تدريجياً منذ ذلك الوقت، وربما يعود الفضل إلى طقس الانتحار الياباني هارا- كيري في ترويج أسطورة انتحار اليابانيين، غير أن هذا الطقس لم يعد تقليداً مشرِّفاً أو مقبولاً في اليابان اليوم، فهناك عدة عوامل تسهم في دفع بعضهم للانتحار كما هي الحال في

أي مكان في العالم، لكن هناك حادثة شهيرة ألقت بظلال قاتمة على هذا الموضوع في اليابان منذ عام 1986، حين أقدمت مغنية شهيرة اسمها يوكيكو أوكادا على الانتحار وهي في ريعان شبابها، ليتبعها بعد ذلك ثلاثون شاباً أقدموا على الانتحار خلال أسبوعين من وفاتها.

إن تفسير الانتحار وتأطيره ضمن نظريات محددة هو الشغل الشاغل للأطباء النفسيين وغيرهم من المختصين في الموضوع، وقد كتب عنه فرويد في كتابه «الحداد والكآبة»: «*إن حب الأنا هو الدافع البدائي الأول للبقاء على قيد الحياة، وهو دافع قوي جداً تنبع منه الشهوة الجنسية الجارفة للمحافظة على النوع، التي تظهر جلية إذا ظهر ما يهدد حياة الفرد، ولذلك لا يمكننا أن نفهم كيف تسعى الأنا لتدمير ذاتها. نحن نعلم منذ مدة طويلة أن فكرة الانتحار التي قد تخامر الفرد تأتي من رغبته في إيذاء غيره دون أن يتاح له ذلك فترتد الرغبة إلى إيذاء ذاته، لكننا لا نعلم حتى الآن ماهية العوامل التي قد تجتمع وتدفع الفرد إلى تنفيذ هذه الأفكار بالفعل، لكن تحليل الكآبة الآن يُظهر أن الأنا لا يمكن أن تقتل نفسها إلا إذا تحولت إلى هدف للطاقة العدائية المرتدة إليها من الموضوع (الآخر) في العالم الخارجي والذي كان هدفاً لطاقة الأنا في السابق، وفي خلال هذا الارتداد يكتسب الموضوع طاقة أكبر من طاقة الأنا ذاتها فيتمكن من السيطرة عليها، ويتضح ذلك في حالتين متناقضتين تماماً؛ حالة الحب الجارف، وحالة الانتحار،*

وإن كان تعبير الأنا مختلفاً في الحالتين».

هل يمكننا القبول فعلاً بفكرة فرويد أن حب الأنا هو المحرك الأول للحياة، وأن الأفكار الانتحارية تعكس دائماً رغبة في قتل الآخرين؟ ما الدليل الذي يمكن أن نحتكم إليه لإثبات هذه النظرية؟ سننظر في الفصل القادم إلى الأسس النفسية للاكتئاب.

الفصل السابع

الانفعال والتطور والحزن الخبيث

تعجبني لوحة للفنان «دورر» تمثل امرأة شعثاء بائسة تحدق في كلمة «الكآبة» البارزة في الأفق، إذ تمثل هذه اللوحة بالنسبة إليَّ الصعوبات التي نواجهها جميعاً في فهم الاكتئاب، فالعقل البشري معقد جداً، أما السلوك البشري فيعكس بيولوجية البشر، بما في ذلك تكوينهم الجيني، بالإضافة إلى خبراتهم السابقة والحالية، ويتفاعل كل ذلك بطريقة معقدة لا نعرف عنها إلا القليل حتى الآن، غير أننا لا يجب أن نقع في فخ التشاؤم، فرغم قلة معرفتنا بجوهر الاكتئاب، فإن هناك عوامل واضحة تلعب دوراً فاعلاً في تحفيز الاكتئاب واستمراريته وعلاجه أيضاً.

يمكننا مقارنة مرض الاكتئاب بالسرطان، فقد قطع الباحثون شوطاً طويلاً في السنوات الأخيرة ليوفروا لنا معرفة أفضل بمرض السرطان، وأصبحنا نعي تأثير هذا المرض على الأعضاء المختلفة بما فيها الدماغ والكبد والعظام والرئتين. وبينما كان الأمر محيِّراً جداً قبل تعرفنا إلى طبيعة تأثير السرطان على عمل الخلايا، وهو ما قدمه لنا العلماء في القرن العشرين، أصبحنا نعرف الآن أن السرطان ينتج

عن تكاثر غير طبيعي للخلايا. وعلى سبيل المثال، فإن الخلايا المبطِّنة للمعدة تتكاثر باستمرار مستبدلة الخلايا القديمة بأخرى حديثة، لكن هذا التكاثر والاستبدال يتم وفق منظومة دقيقة وصارمة، فإذا حدث خلل ما في هذه المنطومة تبدأ الخلايا بالانقسام بصورة غير طبيعية لتتحول إلى خلايا خبيثة وقاتلة في النهاية.

ينشأ السرطان من خلل بسيط في خلية واحدة، ليتحول بعد عدة مراحل من شذوذ بسيط إلى انتشار خبيث للخلايا، ويبدأ هذا الخلل في تغيير الجينات المسؤول عن سلوك الخلية فيما يتعلق بتنسيق الخلية وانقسامها، مما يؤدي إلى تراكم الأخطاء في الخلايا الجديدة، التي تتحول إلى خلايا خبيثة يمكنها الانتقال من العضو الخاص بها إلى أعضاء أخرى في الجسم، ناقلةً إليها الخلل الذي تحمله، بما في ذلك الخلايا الهرمونية، مما يترك أثراً مضاعفاً على المريض، لكن يبقى المفتاح لفهم مرض السرطان إدراك أنه خلل في عملية طبيعية تحدث في الجسم يومياً. وبتطبيق ذلك على مرض الاكتئاب، فلا بد أن ندرك العملية الطبيعية خلف اضطراب الاكتئاب؛ لا بد من فهم الانفعالات قبل محاولة فهم الاكتئاب، لأن الاكتئاب في تقديري حزن تحول إلى حالة مرضيَّة، فهو اضطراب في الانفعالات المختلفة التي يجمع بينها، في رأيي، عامل مشترك واحد وهو أنها جميعاً ردود أفعال لمواجهة إشارات مرتبطة إما بالأذى أو المكافأة. فإذا نظرنا إلى انفعال الخوف مثلاً، سنجد أنه رد فعل المرء إزاء المثيرات أو الأحداث التي يود تجنبها أو الهرب منها، ويتمثل رد

الفعل على انفعال الخوف لدى الحيوانات بطريقتين، إما الهرب أو المواجهة والقتال. وبينما تتجسد الطريقة الأولى بالتراجع إلى الخلف والصياح، يتمركز الحيوان في الطريقة الثانية في موقعه، مبرزاً مخالبه ومستعداً للقتال، وكلا السلوكين ينبع من مراكز محددة في الدماغ.

هناك عدد من الانفعالات الأساسية التي تتضمن السعادة، والخوف، والغضب، والحزن، والتقزز، والاندهاش، وكلها تظهر تلقائياً وبسرعة وتستمر فترة قصيرة، وهذا ما يميز الانفعالات عن المزاج، لذلك لا تُعد الحالات المزاجية القائمة لفترة من الوقت مثل الشعور بالرضا أو الإحباط انفعالاً أساسياً، لأنها ليست ردة فعل على مؤثر معين، وهكذا فإن تصنيف الحزن أهو انفعال أم لا يعتمد على فترة ديمومة الحزن.

هناك أدلة واضحة على اشتراك جميع البشر في الانفعالات الأساسية، إذ يتعرف الناس من مختلف الثقافات إلى هذه الانفعالات ويعبرون عنها -كما يؤكد بول إيكمان الذي عرض صوراً تمثل أشخاصاً يعبرون عن انفعالات مختلفة مثل الفرح، والحزن، والغضب، والخوف، والتقزّز- على أناس من ثقافات متعدّدة بما فيها ثقافة قبائل بابوا المنعزلة في غينيا الجديدة، ولم يجد أيٌّ من الأشخاص الذين شاهدوا الصور صعوبة في التعرف إلى الانفعال الموجود، كما حاكوا قصصاً تعبِّر عن الصورة بسهولة تامة، ويؤكد هذا أن الانفعالات الأساسية كونية يتشارك فيها كل البشر.

تؤكد نظريات التطور قدرة الصفات البشرية على التأقلم والتكيف تبعاً للبيئة المحيطة، بما فيها من مؤثرات، إذ يتم انتقاء الجينات المناسبة لتطوير قدرة ما، لكن السؤال الواضح، لماذا لم يتم استبعاد الجينات المريضة ضمن مسيرة التطور البشري؟ تشير الأبحاث إلى أن تلك الجينات التي تحمل الأمراض لها في الواقع وظائف أخرى ضمن منظومة التكيف، وخير مثال على ذلك خلايا الدم المنجلية المسبِّبة للأنيميا، وهو مرض وراثي نتيجة حدوث طفرات تؤدي إلى تغيير شكل خلايا الهيموجلوبين في الدم إلى ما يشبه المنجل مما يعوق حركتها مع الدورة الدموية، مسبباً عدداً من المشاكل، ومع ذلك فقد اتضح أن المرض قد يمثل مشكلة في الدورة الدموية للمريض إذا حدثت طفرة الخلايا المنجلية داخل الجينيْن اللذين يحملان رمز الهيموجلوبين. أما إذا شملت الطفرة جيناً واحداً فقط، فإن الشخص يصبح أكثر مقاومة للملاريا، وهكذا فإن طفرة الخلايا المنجلية هي في الواقع سلاح ذو حدين.

يحاول علم النفس التطوري فهم قدرة الانفعالات البشرية المختلفة مثل الجاذبية الجنسية والخوف والقدرة على التكيف. ومن الإنجازات المهمة في هذا الصدد، اكتشاف أن الغثيان الصباحي الذي تشعر به السيدات الحوامل في بداية حملهن ربما يكون نوعاً من السلوك التكيفي لحماية الجنين من السموم. كما ينظر ستيف بنكر إلى الوظيفة التكيفية للانفعالات ضمن إطار علم النفس المعرفي الذي يرى في العقل آلة لمعالجة المعلومات الواردة إليه، وفي

هذا السياق تصبح الانفعالات وسيلة تكيف العقل مع المؤثرات الواردة إليه في سبيل الحفاظ على سلامة الفرد، ويتلخص دور الانفعالات في تحديد أهداف للعقل يتصرف بناءً عليها، فالخوف مثلاً يهدف إلى تجنب أذى محتمل، أما التقزز فيهدف إلى تجنب المواد الخطرة على الصحة، فما هي إذن الوظيفة التكيفية للسعادة؟ يبدو أننا نسعى دائماً خلف السعادة، لأننا بتحقيقها نشعر بالقوة والصحة، بالإضافة إلى إحساسنا بالراحة والأمان، وهي حالة تستحق العناء للوصول إليها. غير أن الأدلة تشير إلى وصول 30٪ فقط من سكان البلدان الصناعية إلى حالة «السعادة»، أما الباقون فهم راضون نوعاً ما عن حياتهم، وقد نفسر ذلك بوجود عدد أكبر من المشاعر السلبية كالخوف والحزن، في حين أن المشاعر الإيجابية كالسعادة قليلة جداً، فتصبح الخسائر أكبر بكثير من المكتسبات.

ظهر في دراسة عن الكلمات التي يستخدمها الأشخاص العاديون في وصف الاكتئاب أن أكثر الكلمات التي ترددت على ألسنتهم كلمتا الحزن والأسى، ومن هنا تظهر أهمية دراسة الحزن وفهمه للوصول إلى فهم الاكتئاب. نعرف جميعاً أن الحزن انفعال كوني له تعبيرات محددة على الوجه يفهمها كل البشر، إذ لا تخطئ العين الشخص الحزين من تقطيبة حاجبيه، وضيق عينيه، وربما ارتجاف الذقن بعض الشيء، كما تصحب البكاءَ غالباً كلُّ هذه التعبيرات، فالبكاء إشارة واضحة للتعبير عن الحزن وطلب المساعدة من الآخرين.

ما وظيفة الحزن؟ قد يرى الكثيرون أن الحزن انفعال سلبي لا وظيفة له، بيد أن ذلك غير صحيح، إذ يلعب الحزن دوراً حيوياً في حياتنا من خلال مشاعر التعلق والالتصاق، وهي مشاعر تكيفية طوَّرها البشر للحفاظ على الرابط بين الأم والطفل، فلا بد للأم أن تتعلق بطفلها لترعاه وتحميه حتى يعتمد على ذاته، رغم ما قد تواجهه من صعوبات، ولا بد للطفل أن يتعلق بالأم ويبحث عنها إذا ابتعدت عنه لأنها سبب بقائه على قيد الحياة حتى يتمكن من رعاية نفسه. ويؤدي قطع العلاقة وفصلها بالطبع إلى حزن شديد لدى الأم والطفل، فماذا يمكن أن يحدث لو لم يكن الحزن موجوداً؟ ما الذي قد يربط الأم بطفلها أو الشريك بشريكه؟ ما الذي قد يحمي الوشائج التي تجمع الأشخاص ببعضهم سوى محاولة تجنب آلام الحزن الذي يخلِّفه الفراق والابتعاد عمن نتعلق بهم.

قد يظهر الحزن كذلك نتيجة الإخفاق في تحقيق هدف مهم. ومن مميزات الحزن، مثله في ذلك كمثل الانفعالات الأخرى، افتراض أنه يوجِّه أفعال الشخص نحو الحفاظ على بقائه، فيحركه ليعوض خسائره، ويستعيد علاقاته بالآخرين ويقويها، غير أن ذلك غير ممكن في حالة الحزن الشديد الذي يتحول لاحقاً إلى أسى. ويمكننا تشبيه انفعال الحزن بالجوع، فالجوع هو الدافع للبحث عن الطعام لإشباع الجسد، كذلك الحزن محرك لتعويض ما فُقد واستعادة الوشائج التي تقطعت، وكما يجلب الجوع التعاسة التي تختفي بالحصول على الطعام، يجلب الحزن التعاسة حتى

استعادة الشخص ما فُقد منه.

يقودنا هذا التفسير التطوري للانفعالات إلى التساؤل عن سبب وجود الاكتئاب، فهل له وظيفة تكيفية تكونت خلال تطور الجنس البشري، بحيث يصبح الشخص المكتئب أقدر على مجابهة الحياة؟ ويستند دعاة هذه الفرضية إلى فكرة أن الاكتئاب يمثل رد فعل نفسياً، وهو جزء من موروثنا التطوري، لذلك لا بد أنه يؤدي دوراً تكيفياً ما، وبما أن أداء الفرد محدود جداً في أثناء فترة الاكتئاب، فإن دعاة النظرية يرون وظيفة بيولوجية للاكتئاب فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي التنافسي.

تقول نظرية التنافس الاجتماعي، فيما يخص الأصل التطوري للاكتئاب عند البشر، إن الاكتئاب مرتبط باستراتيجية الخسارة، وكذلك بالنشوة عند الفوز، إذ يدَّعي أصحاب النظرية أن الإنسان يشترك مع الحيوانات الاجتماعية الأخرى كالقرود في استخدام آلية اللين إذا ما كان القرد في موقف ضعيف، ولاسيما عند التنافس على الطعام أو الشريك، إذ تحد هذه الآلية من عدوانية المنافس، وتُمهِّد لسلوك أكثر قبولاً، وموقف يهيئ للمشاركة. وتقول النظرية إن الاكتئاب طور من آليات الانسحاب عند المخاطر الكبرى في المجتمع حماية للأفراد من هجوم أحد الأعضاء للهيمنة على المجموعة، وتُفرز هذه المواجهات في النهاية تراتباً اجتماعياً جديداً ينظِّم العلاقات بين أفراد المجموعة. ويفترض أصحاب تلك النظرية أن لاستراتيجية التراجع أو الاكتئاب

ثلاث وظائف أساسية:

أولاً: منع الفرد من التصرف بعدوانية إزاء من هم أقوى منه بإظهار الضعف والسكينة. ثانياً: طمأنة الخصم حيال قوة الفرد بتأكيد أنه لا يمثل أي تهديد، ثالثاً: تأهيل الفرد للقبول بموقع التابع الخاضع، ومن هنا يصبح تعريف الاكتئاب أنه: طقس نفسي يحل محل الضرر المادي الذي وقع على الفرد بعد خسارته في منافسة ما.

لا أجد هذا التفسير مقنعاً، لأنه يستند إلى فرضية أن الاكتئاب نوع من أنواع التكيف، وهو في رأيي أمر غير معقول إلا إذا افترضنا في المقابل أن أمراض السرطان أو القلب هي بدورها من أنواع تكيف الجسم مع المؤثرات المحيطة به، وعلى العكس من ذلك فإن معرفتنا بالاكتئاب عند البشر تؤكد أنه مرض يصيب الإنسان ويمنعه من العمل بفاعلية، كما أنني لا أتقبل فكرة أن البشر يعيشون ضمن تراتبية معينة في المجتمع، تشبه تلك التي تسود مجتمع القرود مثلاً، حيث تظهر الحاجة للانسحاب طلباً للأمان وتجنباً للخطر، ولا أؤمن كذلك أن هذا النوع من الانسحاب يشبه الاكتئاب.

قبل أن نتمكّن من تأطير الاكتئاب ضمن نظرية التطور، لا بد أولاً أن نحاول فهم الخلل الذي يصيب عملية التطور الطبيعية، مؤدياً إلى حدوث المرض. ويكمن المفتاح في فهم هذه القضية في الحزن، إذ لا بد لأي نظرية أن توضح لماذا تنتج عن الأسى مشاعر وحالات تشبه في عدة أوجه حالة الاكتئاب، كما يؤكد فرويد، وهنا

تحقق نظرية التراتب الاجتماعي مرة أخرى. فلو قبلنا بفكرة أن الحزن انفعال طبيعي وكوني وتكيفي، فلن نجد مشكلة في تقبل أن الاكتئاب ما هو إلا حزن مرضي ينتج عن خلل ما في السيطرة على المشاعر المرتبطة بالحزن، وهكذا فالاكتئاب الناتج ليس تكيفياً، وإنما انفعال جديد مستقل لا يخضع لسيطرة المشاعر المرتبطة بالحزن، ويمكن أن يستمر حتى مع اختفاء المثير الأول الذي سبَّب انطلاق مشاعر الحزن. يمكننا تعميم ذلك على مرضى السرطان كما ذكرت سابقاً، إذ إن السرطان عملية نمو طبيعية تخرج عن نطاق السيطرة، وكذلك الاكتئاب فهو حزن يخرج عن نطاق السيطرة، لذلك يمكننا تسميته بالحزن الخبيث، فالحزن بالنسبة إلى الاكتئاب مثل النمو الطبيعي للخلايا بالنسبة إلى السرطان.

هناك شعور آخر مرتبط بالاكتئاب ألا وهو القلق، والقلق شعور مزعج بتوقع الأسوأ والخوف منه قبل أن يقع، وهو يتجلى تحت الظروف التي يشعر فيها المرء بالتهديد وسط الصراعات أو في حالة الإحباط أو الشعور بالتهديد المادي أو فقدان المرء تقديره لذاته، والقلق رد فعل طبيعي إزاء المواقف الخطرة، وظيفته تحفيز الإنسان على الاستعداد لمواجهة الموقف الخطر، لكن هذا الشعور الطبيعي يتحوَّل إلى حالة مرضية إذا تكرر أكثر مما يجب، واستمر وجوده فترة طويلة، فيصبح معيقاً للشخص عن مواصلة حياته الطبيعية، وبالعودة إلى التحليل الذي اتبعناه سابقاً، فإن القلق يتحول إلى قلق خبيث عندما يستمر الشخص في توقع الأحداث

السيئة دون داع على أرض الواقع.

أعتقد أن تعبير «الخبيث» مناسب جداً عند التعرض للحزن غير العادي، والقلق، والخوف، إذ يمكن لهذه المشاعر السلبية أن تنتشر وتحتل العمليات العقلية الأخرى، كما تفعل الخلايا السرطانية، كما أنها يمكن أن تؤثر تأثيراً جوهرياً على طريقة تفكير المصاب، ويمكن أن تؤثر كذلك بعضها على بعض.

ما الأصل البيولوجي للهوس؟ ربما يكون الهوس مرتبطاً بالسعادة، وهي بالطبع شعور تكيفي لأنه يشجع الشخص على الإتيان بأمور مرضية، وبذلك قد يكون الهوس سعادة خبيثة، وقد يكون الهوس كذلك مرتبطاً بالإبداع، فقد ربط الإنسان منذ القدم بين العبقرية والجنون، فإن كان ذلك صحيحاً، هل يمكن أن نرى في الاكتئاب جانباً مضيئاً؟ هذا ما تجيب عنه بالتفصيل وبكثير من الدقة الكاتبة كي ريدفيلد في كتابها «مس النار».

لقد أثنى أرسطو على الكآبة لأنه ظنها مرتبطة بالإبداع في جوانب الفلسفة والشعر والفن، أمّا الإغريق فقد رأوا أن الجنون طريق الإلهام كما يقول سقراط: «*إذا كان الجنون هدية السماء، فالكآبة طريقنا إلى تلقي البركات*»، وقد عرف الإغريق الفرق بين أنواع الأمراض العقلية، ورأوا فيها ضرورة للإبداع، وطريقاً مقدسة لتلقي الإلهام، ولم يتوقف الأمر عند الإغريق، فقد شاعت فكرة الكآبة بين مبدعي عصر النهضة كذلك.

إلى أي حد يمكننا الربط بين الإبداع والأمراض النفسية؟ لقد

درس الأكاديميون إمكانية وجود مثل هذا الرابط، وعلق ليونيل ترينلج على هذا الموضوع قائلاً: «*إن إصابة الفنانين بالأمراض العقلية إحدى خصائص ثقافتنا*»، وأكد أن الحالة الصحية تصب في مصلحة الإبداع مثلها كمثل النظام والعمل المتواصل. نلاحظ هنا أن الإبداع مقصور تقريباً على المبدعين في مجالات الأدب والشعر والرسم، في حين لا يتطرق أحد للإبداع في العلوم أو السياسة أو الإدارة، ولذلك فمن الصعب تقبل فكرة ارتباط العبقرية والإبداع بالفنانين والأدباء دون غيرهم.

لا تكفي القصص المتوارثة لتأكيد ارتباط الإبداع بالأمراض العقلية، لذلك حاول بعض الباحثين إيجاد دليل مباشر على وجود هذا الرابط بدراسة السير الذاتية لعدد من الفنانين المعاصرين، فوجدوا أن أعلى نسبة من الأمراض العقلية انتشرت بين الشعراء على وجه الخصوص، وقد أقدم 20٪ من الشعراء الذين شملتهم الدراسة على الانتحار، أما الموسيقيون فقد سجلوا نسبة مرتفعة كذلك من الإصابة بالأمراض العقلية ولاسيما الاكتئاب، وقد كانت نسبة إصابة الفنانين والأدباء عموماً باضطرابات المزاج تزيد ثلاث مرات عن نسبة إصابة غيرهم من المهنيين والعلماء.

درست جاميسون اضطرابات المزاج عند الشعراء البريطانيين والإيرلنديين، الذين ولدوا خلال مئة عام منذ عام 1705 حتى عام 1805، ومن بينهم شعراء معروفون مثل بايرون، وصامويل جونسون، ووليام بليك، بالإضافة إلى وردزورث، وبيرسي

بايشي شيلي، وكولوردج، وقد وجدت نسبة مذهلة من الإصابة باضطرابات المزاج، إذ كان هؤلاء الشعراء معرضين للإصابة بالاكتئاب الهوسي بنسبة ثلاثين ضعفاً مقارنة بعدد السكان، كما كانت احتمالية إقدامهم على الانتحار تزيد خمس مرات عن باقي السكان، وقد أكدت دراسة أخرى على ثلاثين من الشعراء المعاصرين أن 80٪ منهم أصيبوا باضطراب المزاج.

قابلت جاميسون خمسين كاتباً وفناناً بريطانياً حصل كل منهم على جائزة واحدة على الأقل عن تميزه في مجاله، وكان معظمهم من الرجال في الخمسينيات من أعمارهم، أما هدف المقابلات فكان دراسة دور المزاج في الإبداع لدى هؤلاء. وجدت جاميسون أن أكثر من ثلث هؤلاء المبدعين قد أصيبوا باضطرابات المزاج، وبخاصة الاكتئاب والاكتئاب الهوسي، وقد أجمعوا أنهم عانوا من الاكتئاب، إلا أنهم رحبوا بحالات الهوس التي أصابتهم، إذ إنها كانت فترات إبداعية خصبة ومكثفة بالنسبة إليهم، وأكد معظمهم الشعور باليقظة والنشاط قبل الدخول في حالات الهوس، بالإضافة إلى الشعور بالنشوة المطلقة والبهجة المفرطة، ووصف بعضهم إصابته بـ«حمّى الكتابة». وبينما قال بعضهم إنه شعر بالقلق، فقد أجمع معظم الكُتاب والفنانين على أن تقلُّبات المزاج جزء لا يتجزأ من عملهم الإبداعي.

يبدو أن التجارب المختلفة، بما فيها تجارب الخوف والكآبة والرؤى الخيالية، ضرورة من ضرورات العمل الإبداعي، وربما

كان الصراع للتعايش مع حالات المشاعر المتطرفة جزءاً من عملية الوصول إلى الإبداع، إذ يمكن للاكتئاب الحاد أن يُغيِّر نظرة الشخص للحياة، ويؤكد الكُتاب والشعراء والموسيقيون الذين مروا بتجربة الاكتئاب ونجوا منها أنهم استخدموا جوانب من تجربتهم المؤلمة في أعمالهم، كما فعلت الشاعرة آفي سكستون، التي تُصر على أن المبدع «لا بد أن يعيش الألم، لا أن يتجنَّبه».

يمكننا تفهم دور الهوس في تحفيز الإبداع، نظراً لما يوفره من طاقة هائلة، وثقة متزايدة بالنفس، لكن كيف يمكن فهم دور الاكتئاب في الإبداع؟ تُجيب جاميسون على هذا السؤال بقولها إن الاكتئاب مرض يُجبر الإنسان على التوقف وتأمل حياته والنظر إلى أعماقه نظرة وجودية مليئة بالتساؤلات عن ماهية الحياة والهدف من الوجود.

يسهم هربرت ملفيل في إلقاء بعض الضوء على هذا الموضوع بقوله: «*تضيء نار الحزن المشتعلة أعماقنا لنتمكن من رؤية الأشياء على حقيقتها، وحتى إن شفينا وانطفأت نار الحزن، فإننا لا يمكن أن ننخدع مجدداً بظاهر الأمور لأننا لمسنا جوهرها من قبل*»، ويبدو أن تجربة الحزن ضرورية لكل مبدع، إذ يقول الشاعر أنطونيو أرتود: «*لا يوجد مبدع كتب أو رسم أو نحت أو اكتشف أي شيء إلا بدافع الخروج من تجربة مؤلمة*».

هكذا، يبدو أن الاكتئاب الهوسي يضفي لمسة سحرية على أعمال المبدعين، وربما كان الاكتئاب الهوسي صفة وراثية، أو صفة

تكيفية بالمعنى التطوري؟ غير أن ذلك لا يبدو منطقياً، ولاسيما أن الاكتئاب الهوسي يؤدي في كثير من الأحيان إلى الانتحار، وهو عموماً مرض يعوق المرء عن المضي في حياته الطبيعية.

تتمحور معظم الآثار السلبية للعقل حول الأمراض، غير أن هناك مجالاً آخر يتضح فيه تأثير انفعالات البشر على أداء الجسد، ألا وهو مجال الرياضة، إذ يعرف الرياضيون في جميع أنواع الرياضات من الجري إلى لعبة التنس والغولف وغيرها، أن الطريق إلى النجاح في الرياضة يمر عبر المواقف الذهنية، وكم مرة شهدنا خسارة نجم لامع في بطولة التنس لأنه أتى بأخطاء تافهة لا تناسب قدراته، ويؤكد الاختصاصيون في طب النفس الرياضي على ضرورة اكتساب الهدوء وتعزيز الثقة الذاتية للتغلب على القلق والتوتر وأي أفكار سلبية أخرى، وتشير الأدلة إلى أن النشاط الكهربائي لعقل الرياضي أثناء انغماسه في التدريب أو المنافسة يشبه إلى حد بعيد النشاط الكهربائي لعقل المتعبد أثناء فترة التأمل، حيث تسود أمواج ألفا الكهربائية، وبالطبع لا يمكن أن يُصاب رياضي يحمل تلك المواقف الذهنية الإيجابية بالاكتئاب أو القلق أو الهوس.

لقد نظرنا إلى تكون الانفعالات الخبيثة من خلال النظرية التطورية، ويمكننا الانتقال الآن إلى تحول الحزن العادي إلى حزن خبيث بالنظر إلى الأسس البيولوجية والنفسية للاكتئاب، وكيف يتمكن الحزن من اختراق العمليات الذهنية الأخرى مُغيِّراً طريقة تفكيرنا ومواقفنا إزاء حياتنا.

الفصل الثامن

التفسيرات النفسية

يحبذ الباحثون عند دراسة الأمراض العقلية ربط العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، غير أننا نتطرق إلى الجانب النفسي فقط في هذا الفصل، ثم نتبعه بدراسة العامل البيولوجي والعمليات التي تحدث في الدماغ في الفصل التاسع، مع إدراكنا خطورة التعرض للحالة الذهنية دون ربطها بالدماغ، لكن هدفنا المنشود هو محاولة فهم مسألة تحول الحزن العادي إلى حزن مرضيٍّ مما يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، وسنبدأ بعرض أفكار التحليل النفسي أولاً لأنها أثبتت فاعليتها منذ بدايات القرن العشرين، ومن أعلام التحليل النفسي، آرون بيك وجون بولبي اللذان أسهما بوضوح في تطوير هذا المجال.

تعتقد مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكية التي طورها فرويد وإبراهام وكلين أن الاكتئاب كما الحداد يخفي عداءً نحو شخص أو شيء مفقود، وهكذا فإن المشاعر تبدو مختلطة للغاية كما تشرح ذلك المحللة النفسية جوليا كريستيفا بقولها: «*أنا أحب هذا الشيء لدرجة أني أكرهه، ولأنني أحبه وأخشى فقدانه فإني أخفيه في*

نفسي، ولأنني أكرهه، أكره هذا الجزء السيئ من نفسي لأنه يجعلني سيئاً وغير موجود، لذلك سأقتل نفسي». قد يبدو هذا التحليل شعرياً وبليغاً، لكنه يرقى بصعوبة إلى مصاف النظريات المقنعة.

تعتمد أفكار التحليل النفسي حول الاكتئاب في معظمها على بحث فرويد الذي كتبه بعنوان: «الملنخوليا والحداد»، حيث قارن الاكتئاب بالأسى الذي يعقب الفقد، وأكد مسألة تأنيب الذات وتحقيرها: «*من أهم ما يميز المصاب بالملنخوليا انقطاعه عن العالم الخارجي وإحجامه عن الاهتمام بأي من أمور الحياة، بالإضافة إلى فقده القدرة على الحب، وتوقفه عن المشاركة في أي من الفاعليات والأنشطة اليومية، وتدهور شعوره بتقدير الذات، ليصل إلى درجة تأنيب ذاته وتوبيخها، فيغرق في دوامة العقاب. ربما تبدو الصورة أكثر وضوحاً إذا ما قارناها بحالة الحداد، إذ يشترك مريض الملنخوليا والشخص في حالة الحداد في جميع السمات السابقة ماعدا غياب تقدير الذات، أما باقي السمات فهي متطابقة، إذ إنّ ردة الفعل نحو فقدان شخص عزيز تحمل الألم ذاته الذي تحمله الملنخوليا، وتؤدي إلى الانقطاع عن العالم الخارجي، لأن الفقيد غير موجود فيه، كما يرفض الشخص اتخاذ موضوع جديد للحب (لأن ذلك يعني استبدال فقيده)، ويحجم عن المشاركة في أي أنشطة أو فاعليات غير مرتبطة بالفقيد. يتضح مما سبق أن كبح الأنا وتقييدها هو تعبير عن الإخلاص التام والالتزام بالحداد، مما يطغى على أي هدف آخر في الحياة، أو الاهتمام بأي نشاط*».

يقول فرويد إننا إذا استمعنا إلى شكوى المرضى والاتهامات التي يوجهونها لأنفسهم، سنجد أن أعنف هذه الاتهامات لا تنطبق على المريض شخصياً، وإنما قد تنطبق مع بعض التحوير على الموضوع أو الحبيب المفقود، لذلك يفترض فرويد أن الحب لدى المكتئب شعور متناقض في جوهره، وأن المريض يوجه الكراهية التي يشعر بها تجاه الحبيب المفقود إلى ذاته، وهكذا فإن المكتئب يرثي شخصاً يعتقد أنه فقده سواءً كان ذلك في الوعي أو اللاوعي، وفي حالة وفاة المحبوب بالفعل فإن شعور الفقد حقيقي دون شك، إلا أن شعور المكتئب في معظم الأحيان لا ينتج عن وفاة حقيقية، بيد أن المريض لشدة كراهيته من يحب فإنه يقتله في خياله، ثم يرثيه متألماً لفقده.

قدَّم التحليليون اللاحقون مثل إبراهام في عشرينيات القرن العشرين نظرية تؤكد أهمية النقص في التعبير الشفاهي عن الرضا بالإضافة إلى خيبة الأمل في علاقة المريض بأمه، وكأن الملنخوليا نوع من العسر الذهني كما قال بعض المعلقين على هذه النظرية. طوَّر ساندور رادو هذه النظرية بالتأكيد على حاجة المكتئب الشديدة للمديح لإرضاء حاجاته النرجسية، وقارن رادو المريض بالطفل الصغير الذي يعتمد كلياً على رضا والديه عنه، لذلك فإن المكتئب لا يحتمل خيبات الأمل مهما كانت بسيطة، أمّا ببرنج فقد أكد أهمية الأنا في تحليل الاكتئاب، ورأى أن الاكتئاب نتيجة حتمية لصراع قوي داخل الأنا يؤدي إلى سيطرة مشاعر اليأس والضعف بسبب

الفجوة بين أهداف الشخص التي يسعى لتحقيقها وقدرته على ذلك، ويُعد الشعور بالحب وجدارة الشخص بحب الآخرين من أوّل هذه الأهداف يتبعها تحقيق القوّة والمنعة، ورفض ببرنج تعليل الاكتئاب بنقص التعبير الشفاهي عن الرضا في أي فترة عمرية، لكنه اقترح أن عدم تلبية الحاجات الشفاهية يؤدي إلى الغضب الذي يتحول فيما بعد إلى شعور باليأس. أما بالنسبة إليَّ، فإنني أؤيد الذين يعيبون على مصطلحات مثل «الأنا»، وعشوائيتها، ونقص الدقة في تعريفها.

أكدت جاكبسون فيما بعد أن فقد التقدير الذاتي جزء لا يتجزأ من الاكتئاب، لأن صورة الطفل عن نفسه تتغير خلال مراحل نموه، وهكذا يمكن للطفل الوصول إلى أفضل مستويات تقدير الذات إذا نشأ بين عائلة محبَّة، ولقد أرجعت ميلاني كلين أسباب الاكتئاب لدى البالغين إلى حالة اكتئابية تُصيب الطفل بانفصاله عن أمه عند الفطام، تتحول إلى حالة من الغضب ثم الحزن لفقد الأم حسب اعتقاد الطفل. وبناءً عليه، فإن سبب الاكتئاب لاحقاً هو عدم القدرة على التعامل مع هذه المشاعر في الطفولة. رفض رنيه سبتز وجود حالة اكتئابية عند الفطام، لكنه أكد إصابة الطفل بكرب حاد لانفصاله المفاجئ عن أمه. كما أكدت نظريات أخرى في التحليل النفسي عقدة الخصاء سبباً للاكتئاب عند النساء، فعندما تشعر المرأة بالنقص لأنها فقدت القضيب الذكري الذي يتمتع به الرجل، فإن هذا الشعور يؤدي إلى إصابتها بالاكتئاب.

قد تبدو كل النظريات السابقة مبهرة ومثيرة للجدل، لكنها مع ذلك صعبة الفهم ولا يمكن التثبت منها والتأكد من صحتها لانعدام الدقة في تعريف المفاهيم المستخدمة، وخضوع هذه المفاهيم لوجهة نظر المحلل الذي يعيد تركيبها بما يناسب نظريته. كما لا توجد دراسة محددة تصادق على صحة هذه النظريات، إلا أن الأمر الواضح والمشترك بين جميع النظريات السابقة، تركيزها على أهمية الفقد ودور التجارب التي يتعرض لها المرء في فترة الطفولة.

استنبط جون باولبي أفكاره حول «التعلق» وأثر الفقد على الإنسان من نظريات التحليل النفسي، لكنه تأثر كذلك بدراسات السلوك الحيواني، وملاحظاته التي سجلها وهو يراقب سلوك الأطفال، إذ لاحظ أن علاقات الأطفال الشخصية مع محيطهم ضرورية جداً لنموهم النفسي، فالبشر يعلقون آمالاً كبيرة على التواصل العاطفي، ويتضح ذلك بجلاء لدى الأطفال عندما يُصابون بالكرب والحزن والقلق إذا انفصلوا عن والديهم، فيبدأ الطفل أولاً بالاحتجاج لفقد الأم، ثم يأخذ بالبحث عنها، فإذا أخفق في إيجادها فقد يتحول حزنه إلى حزن خبيث في نهاية الأمر.

ترتبط السلوكات والمشاعر التي تعبر عن التعلق بالغريزة البشرية، ومع ذلك فإن تلك السلوكات والمشاعر قابلة للتعديل ولاسيما في فترة الطفولة، حين تظهر رغبة التعلق بالأم بوضوح، إذ يعرف الطفل غريزياً أن سلامته متوقفة على قربه من الأم حتى يتمكن من حماية نفسه لاحقاً، وتقل هذه الرغبة بنمو الطفل لتحل

محلها رغبات أخرى بالتعلق تتوجه إلى الجنس الآخر، وهي بدورها رغبات تكيفية، إذ يخدم تعلق الزوجين ببعضهما تنشئة الأطفال فيما بعد، ولذلك فإن الحزن الذي يخلفه فقد الشخص موضوع التعلق هو نتيجة ضرورية لغريزة التعلّق، فمحاولة تجنب هذا الحزن تُبقي على العلاقة بين الطرفين.

تختلف نظرية باولبي في التعلق جوهرياً عن نظريات التعلق النفسي، لأنها ترفض فكرة مرور الفرد بعدة مراحل قد يثْبُت الطفل في إحداها ليرتد إليها مرة أخرى لاحقاً بعد البلوغ. كما يرفض باولبي فكرة اشتقاق الروابط العاطفية من حاجات الطعام والجنس، بالإضافة إلى رفضه نظريات ميلاني كلين التي تستند إلى تخيلات اللاوعي والصراع النفسي الداخلي، لعدم وجود دليل واضح يدعمها، ويعتقد باولبي أن الشخص يطور نماذج ذهنية محددة خلال فترات تعلقه بمن حوله، وهذه النماذج ترسم للشخص صورته عن ذاته، كما تقدم له نموذجاً لردود أفعال الآخرين نحوه، فهي بذلك جزء أساسي من تكوين شخصية الفرد لأنها نماذج ثابتة، ولا نعرف بالضبط إلى أي حد يمكن تعديلها بتأثير التجارب المستقبلية.

تشترك نظرية التعلق مع نظريات التحليل النفسي البعيدة عن التعقيد في عدة سمات، منها أن كلتيهما ترى في تعلق الأم وطفلها كل بالآخر نظاماً محفزاً مستقلاً، كما تفترض هذه النظريات أن تجربة الانفصال واكتشاف العالم الخارجي بعيداً عن موضوع

التعلق لا تتم بسهولة إلا بحصول الشخص على رعاية كافية في فترة الطفولة، وتخزين هذه التجربة داخلياً.

تدخل ثلاث أفكار رئيسة من أفكار فرويد في صلب نظرية التعلق، وهي: الاعتقاد بقوة تأثير سلوك الأبوين في شخصية الطفل وتصوره الاجتماعي، أما الفكرة الثانية فهي أن هذا التأثير يتأسس في مرحلة مبكرة، وأن علاقة الطفل بالوالدين تقدم للطفل نموذجاً ذهنياً يحكم علاقاته المستقبلية، وأخيراً الاعتقاد باشتمال التجارب، التي تُشكل النموذج الذهني وتحفزه، على علاقات مثيرة ومحفزة للقلق سببها فقدان الحب أو المحبوب.

اعتمد باولبي في نظريته على دراسة سلوك الحيوانات أيضاً، وقد وجد أن قرداً يبلغ من العمر ستة أشهر يظهر رد الفعل ذاته الذي يظهره طفل ينفصل عن أمه، إذ يهتاج القرد ويبدأ بالبحث عن أمه صارخاً وباكياً، وكذلك يفعل الطفل الذي يتجاهل الألعاب أو الأصدقاء الموجودين في الغرفة ولا يهمه إلا العودة إلى حضن أمه، ويزداد صراخ القرد وقت النوم إذا ما استمر انفصاله عن أمه، وبعد مرور عدة أيام يبدأ القرد بالانسحاب من العالم الخارجي فلا يستجيب لأي مؤثرات، وتستمر هذه الحالة الاكتئابية لفترة من الوقت، ويمكن أن تزداد سوءاً إذا ما نُقل القرد إلى بيئة مختلفة خلال فترة الانفصال.

تُظهر عموم الدراسات حول سلوك القردة تشابهاً واضحاً بين سلوك أطفال القردة وأطفال البشر، إذ يقضي القردة الصغار

شهورهم لأولى في الحياة متعلقة بصدور أمهاتها معظم النهار، ترضع وتبكي وتتشبث بالأم وتلاحقها إن ابتعدت، تماماً كما يفعل أطفال البشر، أما الابتسام فيقتصر على أطفال الشمبانزي فقط، وبعد مرور الأشهر الأولى يبدأ القردة الصغار بالابتعاد قليلاً عن الأم، لكنها تبقى القاعدة الآمنة التي يستكشفون العالم من خلالها.

تقضي قردة الماكوي الصغيرة الأسابيع الأولى من حياتها مرتبطة فعلياً بالأم ارتباطاً بدنياً، ولا تبتعد عنها أكثر من مسافة ذراع واحد، ولا تبدأ باكتشاف البيئة المحيطة بها إلا في الشهر الثاني، لكنها تظل قريبة من الأم بما يكفي لتوفير الحماية لها، وعندما تبلغ من العمر ستة أشهر تبدأ باللعب مع أقرانها، وبينما يغادر الذكور مجموعة القردة، تبقى الإناث معاً بقية حياتها، وتبقى حالة التعلّق بالأم واضحة وصولاً إلى سن بلوغ القردة الصغيرة.

تُطور القردة الصغيرة، التي فُصلت عن أمهاتها وتربت في أماكن الرعاية في الشهور الأولى ثم نُقلت لتعيش ضمن مجموعات جديدة من القردة، علاقات وطيدة مع أعضاء مجموعتها الجديدة، غير أنها ليست بقوة علاقات الأمومة، وتتطور هذه القرود تطوراً طبيعياً مثل أقرانها التي تربت بين أحضان أمهاتها إلا أنها تظهر سلوكاً متحفظاً نوعاً ما نحو الاستكشاف، ويظهر عليها الخجل والقلق أحياناً.

وجد الباحثون في دراسة على مستعمرة لقرود الماكوي أن 20٪ من قرود المستعمرة أظهرت منذ الصغر حساسية مفرطة نحو

المثيرات الخارجية، فيبدو عليها الخوف والقلق من أقل صوت أو حركة، كما أنها كانت أقل فضولاً من أقرانها فيما يتعلق ببيئتها، فإذا لم تجد هذه القردة رعاية كافية من الأم، ستظهر عليها أعراض الاكتئاب مثل السلبية والقلق، وقد تلجأ إلى وضعية الجنين مبتعدة عن أقرانها وتنعزل عما حولها، ويعتقد الباحثون أن فرط الحساسية صفة وراثية لدى القرود ومن ثم فإن هذه الملاحظات على سلوكها تقدّم نموذجاً مهماً للتفاعل بين الجينات الوراثية والتأثيرات البيئية.

سلطت نظرية التعلق الضوء على علاقة الأطفال بالعاملين على رعايتهم، وتفتح هذه النظرية المجال لتجربة الأفكار النظرية وامتحانها، ومن هذه التجارب تجربة الموقف الغريب، حين تدخل الأم مع طفلها البالغ من العمر عاماً واحداً إلى غرفة لعب جديدة عليهما، وبعد عشرين دقيقة يطلب الباحث من الأم الخروج من الغرفة مدة ثلاث دقائق ويبقى الطفل مع الباحث، وبعد عودة الأم تخرج مع الباحث هذه المرة ويبقى الطفل وحيداً في الغرفة مدة ثلاث دقائق، ثم تعود الأم إلى طفلها بعد ذلك، ويتم مراقبة هذه العملية وتسجيلها بالصوت والصورة لملاحظة ردود فعل الأم وطفلها، ومن ثم تحليل هذه الردود ولاسيما رد فعل الطفل إزاء انفصاله عن والدته.

هناك علاقة تكاملية بين التعلق والسلوك الاستكشافي لدى الطفل، إذ يعكس هذا السلوك تعلقاً آمناً وصحياً للطفل بالشخص الذي يرعاه، فإذا أحس الطفل بوجود الراعي وتفاعله

معه شعر بالأمان وكان أكثر استعداداً للابتعاد شيئاً فشيئاً عن الراعي لاستكشاف العالم المحيط به وتكوين علاقات مع آخرين موجودين حوله. لقد تم فحص هذه العلاقة في تجربة الموقف الغريب، إذ يدَّعي الباحثون أن التعلق الصحي يظهر لدى الطفل الذي يشعر بالأمان، ويتمثل ذلك في نشاط الطفل وانغماسه في اللعب أثناء وجود الأم في الغرفة، أما الطفل غير المستقر فيبدي نشاطاً محدوداً، ويعتقد الباحثون أن ذلك ربما يكون مؤشراً على الإصابة بمشاكل نفسية في المستقبل، بيد أن الأدلة المبنيَّة على ملاحظات قصيرة الأمد لا تدخل في باب الأدلة الموثوقة.

تنقسم ردود فعل الأطفال إزاء غياب الأم المؤقت إلى أربعة نماذج رئيسة؛ أولها نموذج التعلق «الآمن»، حين ينزعج الطفل لدى مغادرة أمه الغرفة، لكنه يحييها عندما تعود ويهدأ بسرعة معاوداً اللعب واكتشاف ما حوله، أما النموذج الثاني فهو التعلق «المزعزع-الاجتنابي»، حين لا يظهر الطفل انزعاجاً كبيراً لمغادرة الأم، كما أنه يتجاهلها عندما تعود، لكنه يظل يراقبها طوال مكوثها في الغرفة دون أن يندمج كلياً في اللعب. يُظهر الطفل في المقابل انزعاجاً واضحاً لمغادرة أمه الغرفة في النموذج الثالث الذي يسمى التعلق «المزعزع-المتباين»، كما أنه لا يهدأ بسهولة بين أحضان والدته بعد عودتها، ويبقى ممزقاً بين النظر إليها والابتعاد عنها ومقاومتها، فينتقل من حالة الغضب إلى التشبث بها وبالعكس أكثر من مرة، ولا يهتم باستكشاف الغرفة. يبقى النموذج الرابع

المسمى نموذج التعلق «المزعزع-المشتَّت»، وهو نموذج شاذ، حين يُظهر الطفل سلوكات مختلفة ومتناقضة عند عودة أمه، فقد يجلس ساكناً في حالة جمود لدى رؤيتها وقد يأتي بتصرفات غريبة أخرى.

لقد استخدم الباحثون طريقة «الموقف الغريب» في رصد تصرفات الأطفال، وطبقوها في عدة ثقافات، ووجدوا أن بعض النماذج تتكرر أكثر من غيرها في ثقافات محددة، إذ يتكرر نموذج «المزعزع-المتباين» في «الكيان الصهيوني» واليابان، في حين ظهر نموذج «المزعزع-الاجتنابي» بوضوح بين الحالات التي خضعت للدراسة في الولايات المتحدة وأوروبا.

أظهرت ملاحظة الأمهات وأطفالهن أن أمهات الأطفال البالغين من العمر عاماً واحداً ممن يتمتعون بتعلق «آمن» أظهرن تجاوباً مع حاجات أطفالهن، أما أمهات الأطفال من النموذج «المزعزع-الاجتنابي» فأظهرن استجابة أقل، كما أظهرت أمهات الأطفال من نموذج «المزعزع-المتباين» استجابة متضاربة، فأحياناً تتجاوب الأم مع حاجات طفلها مباشرة وتتباطأ أحياناً أخرى، كما تظهر الكثير من الاهتمام والحنان في بعض الأوقات وتهمله أحياناً أخرى، ولذلك فمن الصعب على الطفل التنبؤ باستجاباتها، وتشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين تربوا بهذه الطريقة يجدون صعوبة في التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وإيصالها للآخرين عندما يكبرون، وغالباً ما يفقدون الثقة في العلاقات الاجتماعية نتيجة فقدانهم الثقة بأنفسهم وقدراتهم، وقد يؤدي ذلك إلى الإصابة

بالاكتئاب، وتتميز أعراض الاكتئاب لديهم بالاعتماد المفرط على الآخرين والشعور بالوحدة والرفض، كما أنهم يفتقدون الحب دون أن يكون هناك مبرر واضح لهذه المشاعر.

يتجاهل الوالدان حاجات أبنائهما في نموذج التعلق «المزعزع- الاجتنابي»، ولذلك فإن الطفل يتجنب بدوره التعبير عن حاجاته كي لا يصاب بخيبة الأمل من تجاهل والديه، ولذلك فهؤلاء الأطفال معرَّضون لاكتئاب نقد الذات، إذ يشعرون دائماً بالتفاهة، ويحاولون دائماً التعويض عن هذا الشعور بالتركيز على تحقيق الإنجازات، مهملين جانب العلاقات الاجتماعية في حياتهم، فينعكس ذلك سلباً على تقديرهم لذاتهم، غير أن الأدلة التي تؤكد ذلك ليست موضوعية بما يكفي.

تبقى نماذج السلوك التي ذكرناها عن الرضَّع البالغين من العمر سنة واحدة ثابتة حتى يصلوا إلى سن الخامسة، وقد لاحظ الباحثون أن الأطفال الذين يتمتعون بتعلق آمن يظهرون ثقة أكبر في المواقف الاجتماعية وإيجابية بصورة أوضح عندما يبلغون السادسة من عمرهم مقارنة بأولئك الذين حرموا من التعلق الآمن، والأغرب من ذلك أن تلك النماذج تنتقل إلى الجيل اللاحق، فالأمهات اللواتي تذكَّرن تفاصيل طفولة آمنة، استطعن غالباً توفير نموذج التعلق الآمن لأطفالهن مقارنة بالأمهات اللواتي قدَّمن صورة موجزة وربما مثالية ومبالغاً فيها عن طفولتهن، إذ نقلت الأمهات نموذج التعلق المتباين لأطفالهن، وهناك أدلة أخرى تشير إلى أن

الأمهات المصابات بالاكتئاب واجهن صعوبات في خلق تعلق آمن لدى أطفالهن.

هناك توجه مفهوم في جميع الدراسات لتأكيد دور الأم وإبرازه في تنشئة الطفل، إلا أننا لا يجب أن نغفل العامل البيولوجي الوراثي في هذه الدراسات، التي تشمل الحيوانات مثل القرود والفئران أو البشر. كما رأينا سابقاً في حالة صغار القرود، فلقد كانت هناك قرود تحمل جينات الخوف منذ ولادتها، لذلك كانت أحياناً تتجمد رعباً إذا تعرضت لأبسط المثيرات. ينطبق الأمر على أطفال البشر كذلك، ويبدو أن هناك سلوكات محددة تنتقل عبر الجينات بغض النظر عن تأثير الأهل والبيئة المحيطة، فقد درس الباحثون استجابة الأطفال الرضَّع بداية من عمر ستة عشر أسبوعاً على فترات متقطعة وصولاً إلى سن السابعة، ووجدوا أن خمس الرضَّع أظهروا استجابة عالية في اختبارات الشم مثلاً، فقد اضطرب هؤلاء وهاجوا عندما تعرضوا لرائحة الكحول، كما أظهر ثلث الرضع في المجموعة استجابة منخفضة فلم يتأثروا بالرائحة، ومع مرور الوقت بدأت استجابة أطفال المجموعة الأولى تتوازن نحو المثيرات المختلفة لكنهم لم يصلوا مطلقاً إلى مرحلة الجرأة والثقة في التعامل مع المثيرات، وعندما وصل هؤلاء إلى سن السابعة، ظهرت لدى ثلث المجموعة مخاوف شديدة نحو مثيرات مختلفة، وهي نسبة تزيد ثلاث مرات عن نسبة الأطفال الذين أظهروا هذه المخاوف في المجموعات الأخرى، وهكذا فإن بعض السلوكات تبدأ منذ لحظة الولادة،

وربما يعود ذلك إلى تأثير الجينات الوراثية من الأم والأب أو تأثير البيئة المحيطة بالجنين في أثناء تكوينه في رحم الأم. لا بد من محاولة تجنب التركيز على جوانب الطفولة المبكرة عند الحديث عن أسباب الاكتئاب على الرغم مما لهذه التجربة من أهمية، لكن هذه الأهمية تنحصر في حالات محددة تتعلق بالتجارب المريرة، مثل الإساءة للطفل أو فقدان أحد الأبوين واختفاء البديل المناسب، أو التفكك الواضح في العلاقات العائلية، وفيما عدا ذلك لا يوجد دليل مادي واضح يربط إصابة الشخص بالاكتئاب بتجارب محددة مر بها في طفولته المبكرة.

يوفر الحداد مفتاحاً لفهم الاكتئاب لأنه يسبب حزناً شديداً يرجع لفقد عزيز تعلقنا به، ويؤكد فرويد أن هناك تشابهاً كبيراً بين أعراض الحداد وأعراض الاكتئاب، أما الاختلافات فتكمن في أن حزن الحداد لا يرتبط بفقدان تقدير الذات، بل يرتبط بظهور شعور من الغضب نحو المسؤول عن وفاة الفقيد، وقد يكون هذا المسؤول شخصاً من خارج المجموعة، أو الفقيد ذاته، أو ربما الشخص الذي يمر بالحداد، وفيما عدا ذلك يتضح التشابه في كثير من الأعراض لدرجة أننا لن نتمكن من فهم الاكتئاب ما لم نتعرف على طبيعة الحداد بصورة أوضح.

يتمثل الحداد في مشاعر تشبه في طبيعتها تلك التي نلاحظها في الاكتئاب، إذ عادة ما يترافق الاكتئاب مع شعور بالصدمة يستمر فترة من الزمن ترافقه حالة من التبلد والانسحاب، وبتفاقم

الشعور بالحزن يشعر المرء بالخواء، وتتعاقب عليه حالات من تعكر المزاج والقلق، وهذا أمر شائع في الاكتئاب كذلك. إن فقد الشخص الذي نتعلق به أو اختفاءه سواءً كان ذلك الشخص أباً أو أماً أو حبيباً أو صديقاً يشعل رغبة عارمة في استعادة هذا الشخص، فإذا أخفق الشخص في ذلك ارتكن إلى الحزن وأخذ في الانزواء والضمور، وينطبق ذلك على حالة الوفاة كذلك، فالرغبة في استعادة المفقود لا تخبو بوفاته، فيظل المرء تواقاً إلى استعادة من فقد وممعناً في حزنه نتيجة فشل مساعيه، فيعاني أسوأ الآلام النفسية التي قد يعرفها البشر.

قدمت ساندرز نظرية في الحداد دمجت فيها أفكارها بأفكار آخرين أسهموا في هذا المجال، وقد حددت فيها خمس مراحل للحداد: تتمثل الأولى في الشعور بالصدمة، وهذا الشعور يحمي المرء من طغيان ألم الفراق عليه، أما المرحلة الثانية فتنجلي الصدمة فيها ليحل محلها واقع الموت المؤلم الذي يؤدي إلى حزن شديد، وفي المرحلة الثالثة يبدأ الألم والحزن بالانسحاب تدريجياً تمهيداً لحلول المرحلة الرابعة وهي مرحلة الشفاء، وأخيراً يستأنف المرء حياته الطبيعية مرمِّماً حالته النفسية في المرحلة الخامسة.

قد يتحول الحداد إلى حداد مزمن إذا ما استمرت مشاعر الحزن سنة أو أكثر، مما يؤدي إلى يأس مزمن يكاد يتطابق مع الاكتئاب الشديد، ويشير باولبي إلى أن حالات الحداد المزمن التي قد تصيب الأطفال الذين فقدوا ذويهم قد تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب. كما

يقدم باركس أدلة تشير إلى أن نماذج التعلق التي تتشكل في الطفولة تؤثر في تكوين العلاقات لاحقاً، التي تؤثر بدورها في طريقة الاستجابة للحداد والتعامل معه، فالأطفال الذين كونوا تعلقاً قلقاً بذويهم أظهروا قلقاً واضحاً بعد الحداد.

تختلف الثقافات في طريقة تعاملها مع الحداد على الرغم من تشابه البشر جميعاً في الاستجابة للفقد والتعبير عنه، إذ تؤثر الثقافة تأثيراً واضحاً في مسار الحداد وطرق التخفيف منه، وتتقبل معظم الثقافات التعبير العلني عن الحزن، ويعد ذلك نوعاً من العلاج أحياناً، ففي بورتوريكو تعبِّر النساء عن حزنهن بانفعالات عنيفة واضحة، وبينما تنتحب النساء في بعض الجماعات الآسيوية بقوة أمام الآخرين، فإنهن يلتزمن الهدوء والرصانة في حياتهن الخاصة. أما اليونان والبرتغال فيتوقّع المجتمع التقليدي من المرأة فيهما أن تستمر في الحداد طوال حياتها، ويذكرنا ذلك بوضع الأرملة في الهند، التي قد تُقدم على الانتحار بإلقاء نفسها في المحرقة لتلحق بزوجها حسب التقاليد الهندوسية، مع أن الانتحار بهذه الطريقة أصبح الآن غير قانوني في الهند.

بالنظر إلى الثقافة الغربية، يُعد الحداد فترة لا بد من المرور بها بسرعة ووقار قدر الإمكان دون السماح بالتعبير العلني عن الحزن، ويتم ذلك خلال عام واحد مثلاً في الثقافة اليهودية، أما اليابان فتقتضي التقاليد فيها الإبقاء على نوع من الصلة مع المتوفَّى، وإن كان ذلك بتعليق صورة صغيرة له في المنزل.

قد يكون فقد السيطرة من أسوأ سمات الحداد، إذ لا يستطيع المرء مهما فعل، استعادة الفقيد فيشعر بالعجز المطلق، وقد أوضحت التجارب التي أجريت على الكلاب كيف أن الكلب يتعلم الشعور بالعجز عن الهروب من الصدمة الكهربائية التي يتعرض لها كلما حاول الخروج، بعد أن عرَّضه الباحثون لصدمة كهربائية مخفَّفة لكنها مؤلمة كلما حاول ذلك، وبعد عدة محاولات يحجم الكلب عن المحاولة لإحساسه بالعجز التام حتى بعد أن فُتح أمامه باب الخروج.

يرى الباحث سليغمان أن الإنسان يلتجئ للسلبية والانسحاب إذا ما وجد أن النتائج التي يرجوها لا ترتبط باستجابته الشخصية، بل هي خارجة عن إرادته وسيطرته، وينطبق ذلك على مرحلة الحداد التي يحاول فيها المرء استعادة الشخص المفقود إلى أن ييأس، ونرى ذلك في صغار القرود أيضاً، إذ تأخذ في البحث عن أمها وتطلق لها نداءات متكررة، لكنها تستسلم في النهاية وتلجأ إلى الوضعية السلبية بعيداً عن الآخرين.

وجد الباحث سليغمان تشابهاً كبيراً بين الحيوانات والبشر في الأعراض المصاحبة للعجز المكتسب ومنها السلبية، وصعوبات التعلم ونقص الوزن، ولذلك يرى أن الاكتئاب في أثناء الحداد ينتج عن شعور الشخص بالعجز عن استعادة ما فقد سواء أكان ذلك شخصاً عزيزاً، أو خسائر مادية، أو مرضاً مزمناً. ويُوضِّح سليغمان أن الشعور بفقدان السيطرة على الظروف الخارجية التي

أدت إلى الشعور بالحزن نتيجة الفقد، تؤثر في طريقة تفكير الفرد، وإن كان ذلك الشعور بالعجز متخيَّلاً وغير حقيقي.

يبحث البشر دائماً عن تفسيرات لما يمرون به من أحداث أو مصاعب في حياتهم اليومية، فينظر كلٌّ منهم إلى الحدث بصورة مختلفة وخاصة به، وهذا ما يدرسه الطب النفسي بالتفصيل في «نظرية العزو»، وعلى سبيل المثال، يُفسر معظم الناس سلوكاتهم بربطها بعوامل خارجية، في حين يعزون سلوكات الآخرين إلى عوامل داخلية تتعلق بشخصياتهم، وينطبق ذلك بصورة أعمق على المكتئبين الذين يلومون الظروف الخارجية لكنهم في الواقع ضحية لتجربة العجز المكتسب.

يختلف البشر في تقييمهم للأحداث ونتائجها، فبينما يرى بعضهم أن الرضا عن حدث ما ينبع من الداخل؛ أي نتيجة لجهودهم المخلصة وقدراتهم المناسبة، يعتقد آخرون أن الرضا يأتي من الخارج أي من الأشخاص المحيطين والفرص المناسبة. كما ينطبق هذا الاختلاف على نظرة البشر إلى الأحداث المحزنة وتقييمهم لأسباب الحدث بناءً على أسباب راسخة لديهم وأسباب غير راسخة، ويعكس هذا التقييم للأسباب إيمان الفرد بإمكانية تغيير الحدث أو عدمها، إذ يفسر الشخص الذي عانى من الرفض في علاقة عاطفية فشله تفسيراً داخلياً راسخاً مبنياً على فكرة أنه «غير محبوب»، في حين يفسره شخص آخر تفسيراً داخلياً غير راسخ بناءً على فكرة أنه «قد يبدو مملاً أحياناً»،وعلى النقيض من

ذلك يذهب آخر إلى تفسير فشل العلاقة تفسيراً خارجاً عن ذاته بقوله إنه «يجد صعوبة في إقامة علاقة عاطفية». هناك سمة أخرى لتفسير الأحداث في نظرية العزو تتعلق بالتمييز بين التفسير العام والتفسير المحدد، إذ إن التفسير العام لفشل طالب في الامتحان هو «الغباء»، في حين يعيِّن التفسير المحدَّد ذلك الفشل بعدم القدرة على الإجابة على أسئلة الاختيارات المتعددة مثلاً. إن التفسيرات العامة والراسخة القائمة على عزو الأحداث لعوامل داخلية، تعد كلها من علامات الاكتئاب.

يعتقد سليغمان أن الشعور بفقدان السيطرة قد ينشأ من تلقي مكافآت لا نستحقها، إذ يشعر المرء عندها وكأنه لا يسيطر على مجريات حياته بما يفعل أو يُقدِّم، لذلك يمكن أن نعزو اكتئاب المشاهير إلى شعورهم بفقدان السيطرة على حياتهم لأنهم يحصلون على مكافآت نظير ما قدموه في السابق لا لما يفعلونه الآن، وكذلك الأمر بالنسبة إلى النساء الجميلات اللواتي يُصبن بالاكتئاب لشعورهن أنهن يكافأن على جمالهن فقط دون النظر إلى إنجازاتهن. أما المثال الأخير في هذا السياق فهم المصابون بوسواس المرض، إذ يشعر المريض القلق على حالة قلبه بالأمان إذا كان يحمل معه دائماً الدواء الذي يعتقد أنه يؤمِّن له السيطرة على الحالة.

يعتقد كثيرون أن المصابين بالاكتئاب يحملون صورة سلبية ومشوَّهة عن الواقع، بيد أن ذلك غير صحيح، إذ أثبتت الدراسات على مجموعتين من الطلاب قسِّموا إلى مكتئبين وغير مكتئبين تفوُّق

المكتئبين في تقييم المعطيات على أرض الواقع، فقد نجح المكتئبون في توقع النسب الحقيقية للنجاح، في حين كانت توقعات غير المكتئبين مفرطة في التفاؤل وغير واقعية، كما أبلى المكتئبون بلاءً حسناً في تقييم سيطرتهم على الإضاءة في الغرفة، وتراجع أداء غير المكتئبين في هذا المجال. وفضلاً عن ذلك، يستخدم المكتئبون التفسير ذاته في تفسير أحداث حياتهم سواء أكانت إيجابية أم سلبية، أما غير المكتئبين فيقدمون تفسيراً داخلياً راسخاً للنجاح، وتفسيراً خارجياً غير راسخ للفشل.

هناك علاقة وثيقة بين نظرية التعلق ونظرية آرون بيك المعرفية في الحالات الانفعالية ولاسيما الاكتئاب، وهي نظرية تتعامل مع اكتساح خبيث للانفعالات وبخاصة الحزن، للعملية المعرفية بمساعدة الأفكار الواعية التي تؤثر على الانفعالات ذاتها، وتؤكد النظرية المعرفية أن المعتقدات التي نحملها عن أنفسنا وعن العالم من حولنا تتكون في المراحل الأولى من الطفولة وتشبه نماذج التعلق التي عرضناها سابقاً لكنها تُختزل في عبارات محددة تُعبر عما نشعر مثل «أنا غير محبوب»، «أنا غير كفء»، وربما تتكون هذه المعتقدات تبعاً لطبيعة حالة القلق التي طورها الشخص في أثناء طفولته المبكرة، بالإضافة إلى التجارب التي تعرَّض لها لاحقاً بما فيها حالات الانفصال والفقد والصدمات الأخرى.

قدَّم بيك مصطلح «المخطّط» لوصف نماذج التفكير التي تمنع المكتئب من تخطي الهزيمة والألم رغم وجود أدلة موضوعية

تؤكد ظهور عوامل إيجابية حول المريض، إذ يُحاط المريض عادة بمجموعة من الأفكار الصلبة الثابتة التي تعوقة عن ممارسة حياته، وربما تكون هذه الأفكار والافتراضات بعيدة كل البعد عن أرض الواقع، فعلى سبيل المثال، إذا كان أحدهم يحمل فكرة عدم الكفاءة عن ذاته، فإنه يظل يحاول ويحاول للوصول إلى النجاح طوال الوقت حتى لو كانت الأهداف الموضوعة لمحاولاته غير واقعية. يستخدم الباحثون ما يُسمى بالمثلث المعرفي لتوصيف الاكتئاب، ويقوم هذا المثلث على نظرة الشخص لنفسه، والعالم، والمستقبل. فبالنسبة إلى المصاب بالاكتئاب، فإنه يرى نفسه مختلاً ومليئاً بالعيوب، وعندما ينظر إلى العالم من حوله فإنه لا يرى غير الصعوبات والعقبات، أما المستقبل فلا وجود له لأنه يعتقد أن الاكتئاب سيهيمن على حياته إلى الأبد، لذلك يسقط فريسة لليأس، وتظل هذه الأفكار تلاحقه بصورة تلقائية.

طور آرون بيك قبل عشرين عاماً نظريته في العلاج المعرفي إبان كانت النظريات النفسية تؤكد أن مريض الاكتئاب يقبع تحت تأثير قوى سلبية لا سلطة له عليها، وأن عوامل اللاوعي تختفي خلف حواجز الوعي، ولا يمكن الوصول إليها وتحفيزها إلا بواسطة التحليل النفسي، لكن بيك استنتج أن ذلك غير صحيح، لأن تلك النظريات لم تأخذ بعين الاعتبار الأفكار الواعية للمريض، التي يمكن أن تلعب دوراً أساسياً في تغيير سلوك المريض وحالاته الانفعالية. لقد وجد بيك من خلال عمله في التحليل النفسي أن

المريض يحمل تيارين متزامنين من الأفكار، يعبر أحدهما بوضوح عن عدائية شديدة، قد تتوجه نحو المحلل مثلاً، ويُعبِّر الآخر بصورة خفية عن نقد ذاتي قاسٍ يتوجه نحو المريض ذاته، كأن يقول المريض: «لقد تفوهت بكلمات قاسية لأزعجه.. أنا شخص سيئ»، وبالطبع تمر هذه الأفكار دون أن يلاحظها المريض لأنها في الواقع تتكون تلقائياً وبصورة مستقلة عنه.

طرح بيك فكرة أن المريض قادر من حيث المبدأ على تفهم الاضطراب النفسي والتعامل معه، بما في ذلك الاكتئاب، إذا حصل على مساعدة مناسبة من المعالج النفسي الذي يتلخص دوره في مساعدة المريض على كشف طريقة التفكير المشوهة، واستبدالها ببدائل أكثر واقعية للتعامل مع المشكلة، وهذا في حد ذاته تناقض واضح مع مدرسة التحليل النفسي، التي ترى في التفسيرات التي يقدمها المريض مجرد مبررات زائفة، وبذلك فإن العلاج المعرفي يحاول دفع المريض لإيجاد طرق واقعية تستخدم في الحياة لحل مشاكله.

يعطل الاكتئاب قدرة الشخص على الاستمتاع بأي شيء في حياته، ويرجع ذلك إلى توقف استجابة الشخص للمثيرات الممتعة، ويعلق بيك على هذه الحالة موضحاً أن مريض الاكتئاب يحمل صورة معرفية مشوهة عن ذاته تتضمن الآتي: القفز إلى استنتاجات سلبية لا تستند إلى أدلة في الواقع (لقد فشلت مرة وسأفشل دوماً)، والتركيز على التفاصيل السلبية وتجاهل الإيجابية

منها (أنا مجرد كتلة من المشاكل، ولا شيء يسير على ما يرام)، واتخاذ مواقف عامة بناء على موقف واحد (جون لا يطيقني، لا أحد يهتم لأمري على الإطلاق)، وربط الحدث بالشخص ذاته دون أن تكون هناك علاقة واضحة بينه وبين الحدث (كل ما حدث كان بسببي)، والمبالغة في وصف الأحداث واستخدام عبارات متطرفة (لقد فقدت وظيفتي، أنا إنسان فاشل).

ترتبط انفعالاتنا نحو أي حدث بما نسبغه عليه من معانٍ خاصة، ولذلك نرى مبلغ القلق الذي يصيب بعض الناس في مواقف معينة مثل ركوب الطائرة، أو دخول المستشفى، نظراً لما يضيفونه من معانٍ خاصة بهم على هذا الموقف، وينطبق هذا التحليل على الحزن الذي يسببه فقد شيء ثمين أو شخص عزيز أو ربما فقد الاعتزاز بالذات، ويمكن أن ينتج الحزن كذلك من خسائر افتراضية، كأن يتوقع الشخص انفصاله عن شريكه في المستقبل، أو أن يخيب أمله في شخص ما، أو يعتقد بإمكانية فقده شيئاً ما.

يفسر بيك استمرارية التدهور في كثير من حالات الاكتئاب التي تبدأ عادة بوقوع خطب جلل يدفع الشخص إلى الاكتئاب باستخدام نموذج التغذية الراجعة، فيفسر المريض خسارته تفسيراً سلبياً بسبب وقوعه تحت تأثير التفكير السلبي، ويؤدي ذلك إلى تغيرات فسيولوجية ملموسة مثل الأرق، الذي يفسره المريض مرة أخرى تفسيراً سلبياً معزِّزاً بذلك حالة الاكتئاب أكثر فأكثر، ويظل المريض يدور في حلقة مفرغة باستمرار دون بصيص أمل للفكاك

منها، وهنا يأتي دور العلاج المعرفي الذي يحاول كسر هذه الحلقة بإعادة صياغة المعتقدات الخاطئة التي تسيطر على المريض.

تلعب الذاكرة دوراً أساسياً في الاكتئاب ولاسيما ذكريات الأحداث السلبية التي غالباً ما يصل إليها المريض مباشرة، إذ يعكس الاكتئاب أنشطة ذهنية دون وعي منا، وبينما نعتقد أننا نسينا الكثير من ذكريات الماضي، تظهر هذه الذكريات في أشكال متعددة دون وعي منا، وتعرف هذه الذاكرة بالذاكرة الكامنة مقارنة بالذاكرة الصريحة التي نستجلب منها حاجاتنا اليومية. أظهرت الدراسات على أشخاص مصابين بنوع معين من التلف الدماغي أدلة واضحة على وجود نوعيْ ذاكرةٍ كامنةٍ وصريحةٍ، فقد وجد هؤلاء المرضى صعوبة في تذكر المعلومات التي حصلوا عليها مؤخراً مما يعني خللاً في الذاكرة الصريحة، لكنهم استطاعوا تنفيذ كل المهام التي لا تتطلب تذكراً واعياً، بل تعتمد على الذاكرة الكامنة.

ترتبط الانفعالات والأفكار (المعرفة) بعضها ببعض في الذاكرة، ولذلك فإن حدثاً معيناً يحفز حالة مزاجية محددة ربما يحرِّك أحداثاً أخرى مرتبطة بالحالة المزاجية، فتقفز هذه الأحداث إلى الذاكرة القريبة. وعلى سبيل المثال، قد تؤثر تجربة الرفض تأثيراً كبيراً على شخص ما وربما تؤدي إلى الاكتئاب، لأن تلك التجربة حفزت الذاكرة على استرجاع تجارب مشابهة في السابق كانت مرتبطة بأفكار سلبية ومشاعر مؤلمة، وبخاصة إذا ارتبطت تلك التجارب بمحن مؤلمة في الطفولة. وتُعد نوعية الذكريات التي

يستعيدها المكتئب جانباً مثيراً للاهتمام من جوانب نظام الذاكرة لدى المريض بالاكتئاب، إذ يستخدم المريض دون وعي منه طريقة عامة في التذكر لا تلتقط التفاصيل، وقد عجز المرضى عن تذكر أحداث محددة عندما طلب منهم المعالج ذلك، فقد يتذكر المريض أنه كان سعيداً جداً بمرافقة والده في النزهات عندما كان طفلاً، لكنه لا يستطيع أن يقدم تفاصيل معينة، وعندما طلب منهم تذكر أحداث معينة تُشعرهم بالغضب أو الأسف مثلاً، كانوا يذكرون مواقف عامة كأن يقولوا «أغضب عندما أجبر على فعل...» أو «أشعر بالأسف إذا ما تجادلت مع أحد»، وفي المقابل كان أفراد المجموعة الأخرى من غير المصابين بالاكتئاب أقدر على تقديم إجابات محددة، فيتذكر أحدهم أنه غضب من رئيسه في العمل يوم الاثنين الماضي مثلاً.

ترتبط تجارب الطفولة المؤلمة بتقييم الشخص السلبي لذاته، كما تَظهر الطريقة العامة في تذكر الأحداث في أوضح صورها عندما يحاول المكتئب تذكر حوادث تتعلق باستغلاله جنسياً في الماضي، وقد يرجع ذلك إلى أن تلك التجارب تشتمل على مواقف سلبية إزاء الشخص الذي تسبب في لوم المكتئب لنفسه وانتقادها باستمرار، وربما تكون سيطرة الذكريات المؤلمة في أثناء نوبة الاكتئاب سبباً آخر لتوجه المكتئب نحو تذكر الأحداث عموماً دون تفاصيلها المؤلمة، وهو ما لا نجده لدى المصابين بالقلق، كما تستمر ذاكرة المكتئب في عملها بهذه الطريقة حتى بعد شفائه من

الاكتئاب، إذ يبدو أنها جزء من طريقة تفكير الشخص على المدى البعيد، ويترافق وجود هذا النوع من الذاكرة مع ضعف القدرة على حل المشكلات، وصعوبات في فهم اللغة، وضعف الذاكرة قريبة المدى.

تتجه ذاكرة الأطفال طبيعياً نحو تلخيص الأحداث بدءاً من عمر الثالثة أو الرابعة، إذ يمكن لطفل في الثالثة أن يقدِّم وصفاً عاماً لما حدث وقت الغداء ذلك اليوم، لكنه قد يجد صعوبة في تذكر ما حدث في عشاء الليلة السابقة، ويُعرف ذلك بـ«التمثيل العام للأحداث»، إذ يفضل الأطفال تقديم إجابات عامة، وإن كانوا يتذكرون بعض التفاصيل، أما الأطفال الذين يحملون ذكريات مؤلمة فيستخدمون التمثيل العام لتفادي تفاصيل التجارب المؤلمة، وربما يفعل ذلك الكبار أيضاً، بتركيزهم على العموم دون التفاصيل المؤلمة، ومع الوقت تصبح الذاكرة العامة هي السائدة على طريقة تفكير الشخص.

بناء على ما سبق يمكننا تطوير نظرية عن الاكتئاب اعتماداً على تأثير الفقد وتجارب الطفولة المؤلمة في تحفيز الحزن الشديد لدى من يحملون قابلية وراثية للمرض، ثم يؤدي ذلك الحزن الشديد إلى تغييرات معرفية وانفعالية طويلة الأمد. يمكن للحزن الشديد أن يتحول إلى حزن خبيث بسيطرته على العمليات المعرفية وتشويهها، فلا تعود تستجيب لمثيرات المتعة والفرح، مما يؤدي إلى الاكتئاب.

هناك سمة من سمات الاكتئاب تحتاج إلى بعض التفسير، ألا

وهي الأفكار السلبية، فلماذا تسيطر الأفكار السلبية على مريض الاكتئاب إلى حد كبير؟ وكيف يمكن للحزن الخبيث أن يشوّه تفكير الشخص إلى هذه الدرجة؟ أعتقد أن الأفكار السلبية هي نوع من عقلنة الحزن الانفعالي الذي يسيطر على المريض، فالمريض يعدِّل طريقة تفكيره لتتناسب وانفعالاته، وربما كان مرض «وهم كابغراس» مثالاً غريباً ونادراً على ما نقوله، لكنه صحيح، إذ يؤمن المصابون بهذا الوهم أن أحد المقربين منهم وقد يكون زوجاً أو زوجة أو أخاً أو صديقاً قد تم استبداله بشخص يشبهه تماماً، وهذا الشخص ليس بشراً حقيقياً وإنما كائن من الفضاء أو إنسان آلي، ويؤكد هؤلاء المرضى المقتنعون تمام الاقتناع بما يقولونه أن هناك بعض الاختلافات الطفيفة بين الشخص الذي عرفوه والنسخة الموجودة عنه، وذلك لتبرير قناعاتهم. يُظهر هذا المثال قدرة العقل على العمل بصورة غير طبيعية لتشويه وتخريب العمليات المعرفية بطريقة تبدو عقلانية جداً بالنسبة إلى المريض.

كم أتمنى لو كان من الممكن التعرف إلى أساس بيولوجي للاكتئاب، لإثبات وجود تغييرات في الدماغ متعلقة بانفعال الحزن والتوتر الذي يخلفه الفقد، تتفاعل بعضها مع بعض ومع العمليات المعرفية لإنتاج التفكير السلبي، فهل هناك فعلاً مكونات وعمليات في العقل البشري يمكن أن تسبب ذلك؟ تبعاً لأفكار بيك، لا بد من وجود تفاعل قوي بين عملية المعرفة والأساس البيولوجي للانفعالات.

الفصل التاسع

التفسيرات البيولوجية والدماغ

يحتوي الدماغ البشري على عدد هائل من الخلايا العصبية التي ترتبط فيما بينها بروابط معقدة جداً، ومع ذلك يمكن ربط العمليات النفسية بعمليات أخرى تتم في الدماغ في إطار فهم أعمق لمرض الاكتئاب، وعلى سبيل المثال، قد نجد دليلاً يربط بين تجارب الطفولة في القلق والفقد، وتأثيرها فيما بعد على الدماغ، فهل هناك دليل بيولوجي يربط بين الذكريات الكامنة ومشاعر الحزن؟ لا بد لنا من معرفة تأثير المشاعر والأفكار على التركيب الكيميائي للدماغ وبالعكس، أي تأثير المواد الكيميائية في الدماغ على تفكيرنا ومشاعرنا. هل يمكن للكرب مثلاً أن يؤثر تأثيراً بعيد المدى على المواد الكيميائية في الدماغ؟ وكيف يمكن أن تحدث هذه التغييرات؟ كيف يمكن أن يتحول الحزن إلى حزن خبيث؟

يمثل انفصام الشخصية نموذجاً جيداً للأمراض العقلية، فهو مرض يصيب تقريباً واحداً من بين كل مئة شخص في الولايات المتحدة، وحتى وقت قريب، كان الأطباء يعتقدون أنه مرض نفسي، لكننا الآن نعلم أنه نتيجة اضطرابات في الدماغ، أي أنه

مرض بيولوجي بحت ينتقل وراثياً عبر الجينات، وقد أظهرت دراسات أجريب على تركيبة الدماغ وجود شذوذ مستمر في العمليات الدماغية لدى المصابين بانفصام الشخصية، فهل هناك شذوذ مشابه في أدمغة المصابين بالاكتئاب؟ يغطي جسمَ الخلية العصبية (العصبون) عدد من التشعبات (التغصنات) التي تمكنها من التقاط الإشارات الكهربائية من آلاف العصبونات الأخرى، لكنها تمتلك مرسلاً واحداً فقط يسمى المحوار ينقل إشاراتها، ولتوضيح وتقريب عدد هذه الخلايا وطريقة عملها المعقدة، لنتخيل أن نواة الخلية العصبية الحافظة للحمض النووي DNA بحجم إنسان بالغ، يُقدر العلماء عدد العصبونات في الدماغ بمليون مليون عصبون، أي أكثر بمئة مرة من عدد البشر على الأرض، فإذا كبَّرنا حجم الدماغ ليتسع لكل هذا العدد من العصبونات بحجم البشر، فإنه سيغطي مساحة عشرة كيلومترات مربعة أي ربع مساحة مدينة مانهاتن وبارتفاع شاهق، وبالإضافة إلى ذلك سيتواصل كل عصبون من بين ملايين العصبونات الموجودة مع مئات العصبونات الأخرى في الدماغ، وتحمي كلَّ عصبون خلايا دبقية، تغذيه وتتفاعل معه، وهكذا قد توضِّح الصورة المتخيَّلة تعقيد عمل الدماغ، ومن ثم مقدار الصعوبة التي يواجهها الباحثون في محاولة التعرف إلى العمليات التي تتم داخله وفهمها.

تحدد الإشارات الكهربائية العصبية التي تتناقلها الخلايا العصبية كيفية تفكيرنا ونمط سلوكنا، لأن هذه الإشارات هي المسؤولة عن

عمل الدماغ، وتطوُّر معظم شبكة الألياف العصبيّة لدى الجنين أثناء وجوده في الرحم، وهكذا فإن طريقة عملها تتحدد بواسطة الجينات الموروثة، ثم تقوم التجارب الحياتية اللاحقة بتعديلها، بيد أن هناك مجموعة أخرى من الألياف العصبية التي تتشكل وتتطور بعد الولادة حتى عمر الحادية عشرة، وكلما تعلم الطفل شيئاً جديداً تغير شكل تلك الألياف واختلفت قوة ترابطها، وقد نجد من بين ملايين الخلايا العصبية المترابطة، خلايا عصبية تنشط بصورة مفرطة لدى رؤيتنا وجهَ شخص معين، مما يزيد من حيرة علماء الأعصاب، الذين لا يملكون حتى الآن خريطة واضحة المعالم لجميع جوانب عمل الدماغ.

لا بد لنا أن نقدم بعض المفاهيم والمصطلحات تمهيداً للحديث عن الأساس البيولوجي للاكتئاب، فقد يبدو دور تجارب الطفولة مفهوماً في تحفيز الاكتئاب، إلا أن الحديث عن المواد الكيميائية في الدماغ مثل الكاتيكولامين، أو المستقبلات التلقائية في الخلية العصبية، أو ربما التركيب التشريحي للمخ مثل جزء الهيبوثلامس (الوطاء)، أو اللوزة الدماغية، وكذلك النظام الهرموني في الجسم، موضوع مختلف تماماً.

يتكون النظام العصبي البشري من جزءين رئيسين؛ الجزء الإرادي والجزء اللاإرادي، أما الجزء الإرادي فهو الجزء الذي نستخدمه لتحريك عضلاتنا والسيطرة عليها وللحديث وخلافه من الأنشطة الإرادية الأخرى. أما الجزء اللاإرادي من الجهاز

العصبي فهو الجزء الذي يسيطر على حركة الأعضاء الداخلية في الجسم مثل القلب والشرايين والمعدة، والغدد التي تفرز الهرمونات مثل الغدة النخامية الموجودة في قاع الجمجمة والغدة الكظرية المرتبطة بالكلى، وبالطبع ترتبط بيولوجية الاكتئاب في معظمها بالنظام اللاإرادي من الجهاز العصبي.

يبدو أن الدماغ مكون من عدة وحدات، ولكل وحدة وظيفة محددة في موقع معين مثل الموقع المسؤول عن اللغة، الذي قد يؤدي تلفه إلى فقدان الشخص القدرة على الكلام، وهكذا قد يساعدنا هذا التركيب الخاص للدماغ على فهم مرض الاكتئاب. يقع في قاع الدماغ مركَّبان يفرزان الهرمونات في الجسم مثل الهيبوثلامس (الوطاء) والغدة النخامية، ويستقر كلاهما فوق سقف الحلق مباشرة، وعلى جانبيهما توجد منطقة اللوزة الدماغية، واللوزة عضو يشبه اللوزة فعلاً في الحجم، ويلعب دوراً مهماً في الانفعالات، وبالقرب من اللوزة يقع الحصين المسؤول عن الذاكرة، أما قشرة الدماغ فهي الطبقة الخارجية التي تغلف المخ، ومنها القشرة الجبهية الأمامية كبيرة الحجم لدى الرئيسات والبشر، وهي المسؤولة عن العمليات العقلية المتطورة. تضم القشرة جميع الأجزاء المسؤولة عن حركة العضلات واستقبال المنبهات، أما الأجزاء الجانبية منها فتتحكم في الجانب المعرفي والنشاط الاجتماعي للإنسان، كما تتمركز القشرة الحزامية الأمامية تحت القشرة وفوق الوطاء لتستقبل البيانات والإشارات من اللوزة، أما جذع الدماغ، حيث

يلتقي الدماغ بالحبل الشوكي، فيتم فيه إفراز هرمونيْ نورادرينالين والسيراتونين.

ويمكننا تبسيط حالة الاكتئاب بالقول إن الاكتئاب يحدث نتيجة إرسال إشارات مستمرة بوجود كرب ما بين القشرة الدماغية وباقي أجزاء الدماغ مثل اللوزة، وربما يضطر الأطباء إلى قطع الاتصال والإشارات الكهربائية بين القشرة وباقي أجزاء الدماغ في حالات الاكتئاب الحاد، إذا فشلت جميع طرق العلاج الأخرى. وتشير بعض الأدلة الضعيفة إلى ارتباط الاكتئاب بتغيرات في كيميائية الدماغ ولاسيما في مستويات الناقلات العصبية والهرمونات، والناقلات العصبية هي إشارات كيميائية، لكنها على عكس الهرمونات، لا تنتقل عبر الجسد بأكمله، بل تعمل عملها لمسافة قصيرة جداً موفرةً الإشارات التي تمكن العصبونات من التفاهم مع بعضها عبر المحوار الذي ينقل الإشارة الكهربائية المبثوثة من جانب العصبون، لكن المحوار لا ينقل هذه الإشارة إلى الخلية الأخرى مباشرة، وإنما يتصل أولاً بمشبك على سطح الخلية العصبية المنشودة حيث تصل النبضة الكهربائيّة على شكل ذرة صغيرة تحط على سطح العصبون، وتحفزه على إطلاق نبضة مماثلة أو تثبطه عن ذلك، تبعاً للإشارة الكهربائية المرسلة، ومن الناقلات العصبية المرتبطة بالاكتئاب نوعان من الهرمونات هما السيراتونين والنورادرينالين.

تعتمد حالة الدماغ على فاعلية العصبون، فعندما نرى ضوءاً

فإنه يحفز العصبونات الموجودة على شبكية العين، التي تطلق بدورها شحنات كهربائية لتحفيز نماذج معينة من النشاط في العين وفي أجزاء الجسد الأخرى، وكذلك حركة اليد، التي تحدث نتيجة إطلاق عصبونات محددة في الدماغ شحناتها الكهربائية نحو عضلات اليد آمرة إياها بالحركة والانقباض بالطريقة المناسبة والمطلوبة، وهكذا يحدد النشاط الكهربائي للخلايا العصبية والهرمونات التي تطلقها حالة الدماغ، فإذا حُجبت مستقبلات الناقلات العصبية عن عملها وتوقف نقل الشحنات الكهربائية فإن الدماغ يتوقف عن العمل.

يعتقد الكثيرون أن الاكتئاب يحدث بسبب عُطل في ناقلات عصبية محددة مثل السيراتونين أو نورادرينالين، ويمنع هذا العطل إتمام الناقلات عملها في نقل الشحنة الكهربائية المطلوبة للخلية العصبية المجاورة، ولكن تبقى هناك ناقلات سليمة لا تستطيع إتمام عملها بعد الاتحاد مع مشبك الخلية المجاورة، فتقوم الخلية العصبية التي أطلقتها أول مرة باسترجاعها لإطلاقها مرة أخرى، وهنا يأتي دور مضادات الاكتئاب، حين تقوم بقطع عملية استرجاع الناقل لتبقيه متصلاً بمشبك الخلية الجديدة، بالإضافة إلى الناقلات الأخرى السليمة التي استطاعت إيصال إشاراتها، مما يزيد من قوة الإشارة المرسلة للعصبون لتحفيزه، وسنعود إلى هذه الجزئية لاحقاً بعد التطرق إلى وظائف المخ المتعلقة بالانفعالات والخبرات.

تتعرض الخلايا العصبية في الدماغ إلى مجموعة متنوعة من الإشارات الكيميائية ولاسيما من الهرمونات التي يُعتقد أنها تلعب دوراً رئيساً في حدوث الاكتئاب، لأنها تصل إلى أجزاء الجسم كافة عن طريق الدم، محدثة بذلك تغيرات جوهرية في وظائف الجسد والدماغ كذلك، ويبدو ذلك واضحاً جداً فيما يتعلق بالإصابة بالكرب، ويشير مصطلح الكرب عموماً إلى أي ضغط مفرط يتعرض له الشخص سواء أكان ضغطاً جسدياً أم نفسياً، ويتراوح الكرب بين الشعور بالخوف ليصل إلى الخطوب الجسيمة التي قد تُلم بالشخص، وقد يكون أقساها الخطوب المتعلقة بالفقد، التي تسبب شعوراً طاغياً بالحزن قد يجده بعضهم محنة لا يمكن تجاوزها، ويمكن أن يؤدي بهم إلى الاكتئاب، في حين يرى فيه آخرون تحدياً يحفزهم على التعاطي معه وتجاوزه فيما بعد.

يتجاوب الدماغ مع الكرب الذي يتعرض له الشخص، فتحدث تغيرات معينة في الهرمونات تؤثر في قدرة الشخص على التعامل مع الكرب، ففي حالة الخوف مثلاً يستعد الجسد مباشرة لخيار المواجهة أو الهروب اللذين يفرضهما الجهاز العصبي، فتتسارع ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم بسبب ضخ هرمونات الأدرينالين والنورادرينالين من الغدة الكظرية، ويتم إفراز هرمون الكورتيزول من الغدة ذاتها استجابة لمثير الكرب المتوقَّع.

ينتمي كل من هرمون الأدرينالين وهرمون النورادرينالين إلى فئة الكاتيكولامينات، وهي مجموعة هرمونات من الغدة الكظرية

تُطلق سريعاً لمواجهة الكرب، فيقوم الأدرينالين بزيادة تدفق الدم في الأوردة والشرايين ليصل إلى العضلات بسرعة، لكن هناك أيضاً هرمونات أخرى تُطلق في الجسم لمواجهة الكرب، بيد أنها ليست بسرعة الأدرينالين مثل مجموعة الجلوكورتيكويد، التي تتضمن الهيدروكورتيزون والكورتيزول، وتبدأ هذه الهرمونات عملها خلال دقائق وربما ساعات من تعرض الشخص للكرب، ولا يبدو عمل هذه الهرمونات واضحاً تماماً في مواجهة الكرب، فهي تساعد الجسم في تحريك الطاقة المخزونة لديه، وتعمل كذلك مضاداً للالتهاب، وهو ما يفعله عقار الكورتيزون في علاج الكثير من الحالات مثل التهابات المفاصل.

تتم عملية إطلاق الهرمونات في الدماغ على النحو الآتي، عندما يتعرض شخص لكرب ما فإن الوطاء (الهيبوثالامس) يفرز عامل كورتيكوترو المحفّز CRF إلى الحلقة المحيطة بالغدة النخامية، وما إن تستلم الغدة النخامية المحفز حتى تفرز خلال عشرين ثانية هرمون حاثة القشرة ACTH الذي يحفز بدوره الغدة الكظرية على إطلاق هرموني الأدرينالين والكورتيزول، ويُطلق على هذا التفاعل المشترك بين الغطاء والغدة النخامية والغدة الكظرية اسم نظام HPA في اختصار لأسماء الأجهزة الثلاثة.

يرتفع معدّل الكورتيزول في الجسم عادة في الصباح لتأهيل الجسم كي يقوم بالنشاطات اليومية، وينخفض مستوى هذا الهرمون في المساء عندما يخلد الجسم إلى الراحة، غير أن الارتفاع

الشاذ لمستوى هذا الهرمون في الجسم قد يسبب الاكتئاب، وهو أمر في غاية الأهمية، لأنه يُظهر بوضوح الجانب البيولوجي للاكتئاب، وهناك مستقبلات مخصصة للكورتيزول في خلايا الدماغ العصبية، فإذا زادت نسبة تركيز الهرمون عن الحد الطبيعي، فإن ذلك يؤدي إلى تغير ملحوظ في المزاج، وربما يسبب الاكتئاب. ويُقدِّم المرضى المصابون بفرط نشاط قشر الكظر، أو كما يسمى بمتلازمة كوشينغ، الدليل الواضح على علاقة هرمون الكورتيزول بالاكتئاب، إذ ينتج هذا المرض عن زيادة تركيز الكورتيزول في الجسم، فيصاب المريض بالبدانة وارتفاع ضغط الدم وتبقُّع الجلد وعدة مشاكل أخرى في العظام والشرايين، أما ما يهمنا في هذا المرض، أن أكثر من نصف المصابين به يقعون فريسة للاكتئاب. قد يرجع ارتفاع مستوى الكورتيزول في الجسم إلى أورام في الأنسجة التي تفرز هرمون حاثة القشرة، أو هرمون الكورتيزول ذاته، وهناك بعض الأدوية التي قد يسبب تناولها فترات طويلة ارتفاعاً في مستوى الكورتيزول كذلك، فيصبح متعاطوها عرضة للاكتئاب في نهاية الأمر، وتشير الإحصائيات إلى أن أكثر من نصف المرضى الذين يعانون اكتئاباً شديداً يعانون أيضاً من ارتفاع في مستوى الكورتيزول.

ظن الباحثون أن ارتفاع نسبة الكورتيزول في الجسم قد يستخدم لتشخيص الاكتئاب، وذلك بإخضاع المريض لفحص التثبيط بالديكساميثازون، فعندما يحقن المريض بالديكساميثازون

يستجيب الدماغ وكأن مستوى الكورتيزول في الجسم قد ارتفع، لذلك يأمر الدماغ بخفض مستوى إفراز الكورتيزول، وبذلك ينخفض مستوى الكورتيزول لدى الأشخاص الطبيعيين بعد يوم واحد من الحقن، إلا أن نصف عدد المصابين بالاكتئاب لم يشهدوا مثل هذا الانخفاض، وبذلك تبخرت آمال الباحثين في اعتماد مستوى الكورتيزول في الجسم قياساً بيوكيميائياً للتعرف إلى وجود الاكتئاب، ومما أطاح بالقياس برمته أن كثيرين آخرين من غير المكتئبين لم يُظهروا أي انخفاض في مستوى الكورتيزول بعد الحقن لأسباب مختلفة، فمنهم من كان يعاني أمراضاً بدنية، ومنهم من فقد بعض الوزن مما أثر على مستوى الهرمون لديه، ومنهم من كان يشعر بالتوتر لوجوده في المستشفى من أجل الفحص، ويؤثر هذا بالطبع في مستوى الهرمون في الجسم.

ربما تكمن إجابة هذا السؤال في زيادة عدد الخلايا العصبية في الوطاء لدى مرضى الاكتئاب، وتفرز هذه الخلايا عامل كورثيكوترو المحفز CRF، الذي يحفز الغدة النخامية على إفراز هرمونات حاثة القشرة ACTH، والتي تدفع بدورها الغدة الكظرية لإفراز الكورتيزول، وتزداد كمية الكورتيزول بتكرار التعرض للكرب، ويزداد تركيزه في سوائل النخاع الشوكي لدى المصاب بالاكتئاب، مما يسهم في بقاء الحالة مدة أطول، وقد كشفت دراسات أخرى أجريت على الحيوانات عن نشاط واضح لنظام الجلوكورتيكويد في إفراز الكورتيزول.

كيف يؤثر الكورتيزول على الدماغ؟ تشير بعض الأدلّة إلى أن زيادة تركيز الكورتيزول في خلايا الوطاء العصبية قد يتلفها، مما يؤثر على بعض جوانب الذاكرة، كما يؤثر فائض الكورتيزول على الحالة المزاجية للشخص بتأثيره على تركيب السيراتونين أو مستقبلاته، الذي تتناقص فاعليته في المخ مع ازدياد تركيز الكورتيزول، وهناك هرمون آخر يستطيع اعتراض مفعول الكورتيزول وهو ديهايدروبيندروستيرون DHEA، لكن تركيزه في الدماغ يقل تدريجياً بالتعرض للكرب، لذلك فإن فائدته محدودة في مساعدة المصابين بالاكتئاب.

لقد تحسنت أدوات قياس مستويات الهرمونات كثيراً عن السابق، إذ يمكن الآن قياس مستوى هرمون الكورتيزول وكذلك هرمون DHEA بفحص عينة من اللعاب بدلاً من عينات الدم كما كان يحدث سابقاً. وقد أُجري هذا البحث على أطفال مراهقين بين الثامنة والحادية عشرة من العمر، وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الكورتيزول مساءً وانخفاض مستوى DHEA لدى نصف العينات المصابة بالاكتئاب، مما يؤكد مرة أخرى دور هذه الهرمونات في مرض الاكتئاب، الأمر الذي قد يساعد الأطباء والباحثين في التنبؤ بحالة اكتئاب مستقبلية اعتماداً على مستويات الهرمونات التي ذكرناها في الجسم، وقد ساعدت هذه الفحوصات بالفعل في التنبؤ بالإصابة بالاكتئاب بعد التعرض لكرب شديد ولاسيما لدى الأطفال والمراهقين.

يؤثر التعرض للكرب في إفرازات الغدة النخامية كذلك، إذ تفرز مجموعة من الهرمونات التي تنتقل في الدورة الدموية إلى مختلف أجزاء الجسم، محفزةً الغدة الكظرية على إفراز الأدرينالين والكورتيزول، لكن الأمر لا يتوقف عند الغدة الكظرية وإنما يمتد إلى الغدة الدرقية كذلك، التي تستجيب بإفراز هرمون الدرقية، وقد يؤثر الكرب المستمر سلباً على نشاط الغدة الدرقية، وربما يؤدي إلى توقفها تماماً في النهاية، مما يعطل الكثير من نشاطات النمو والتكاثر لدى المصاب، وهو أمر ملحوظ لدى المصابين بالاكتئاب، وهناك فحص خاص لمعرفة مستوى هرمون الدرقية يشبه ذلك المخصص لفحص مستوى الكورتيزول، إذ يُحقن الشخص بهرمون زائف يحفز إفراز هرمون الدرقية، ومن ثم يقاس، وقد أظهرت نتائج هذا النوع من الاختبارات مرة أخرى انخفاض نسبة الهرمون في أجساد المصابين بالاكتئاب.

يؤثر التعرض للكرب أيضاً على جهاز المناعة في الجسم، وغالباً ما يترافق الاكتئاب الشديد مع هبوط في النشاط المناعي الطبيعي في الجسم، وهو أمر قد يبدو مفهوماً، إذ تؤدي معظم الضغوطات النفسية إلى ضعف جهاز المناعة بدءاً من تأدية الامتحانات وصولاً إلى حالة الحداد.

قد يرجع ضعف النظام المناعي إلى ازدياد النشاط في محور HPA؛ أي محور الوطاء والغدة النخامية والغدة الكظرية بسبب التعرض للكرب، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الكورتيزول، لكن العلاقة

ليست بهذه البساطة، فبينما يثبط الكرب أجزاءً من الجهاز المناعي، فإنه يعزز أجزاءً أخرى في الجهاز ذاته. وبالإضافة إلى ذلك، قد تؤثر بعض الإشارات الكيميائية في المخ مثل السيتوكينات، التي تشارك في السيطرة على استجابة الجهاز المناعي في الحالة المزاجية وربما تزيدها سوءاً، أما مضادات الاكتئاب فهي علاج فعال في تغيير المزاج، لكنها تؤثر سلباً أيضاً على جهاز المناعة في الجسم فتضعفه.

هناك هرمونات أخرى لها دور مؤثر في الاكتئاب، ألا وهي الهرمونات الجنسية من مركبات الستيرويد، التي تنقسم إلى هرمون الإستروجين المرتفع لدى النساء وهرمونات الأندروجين مثل التستسترون المرتفعة لدى الرجال، ويرجع الفضل لهذه الهرمونات في اختلاف عمل دماغ الرجل عن دماغ المرأة، إذ تؤثر على الجنين أثناء تطوره في رحم الام، فتمنحه الصفات الجنسية التي تميز جنسه مثل وجود الثديين لدى النساء، ووجود العضو الذكري لدى الرجال، فإذا حرمنا ذكور الفئران حديثة الولادة من الهرمون الذكري، فإنها ستحتفظ بمظهرها الذكوري لكنها ستسلك سلوكاً أنثوياً، وكذلك الحال بالنسبة إلى البشر، فإذا فقد الطفل مستقبلات الهرمون الذكري، فإنه سيحتفظ بكل مظاهر الذكورة الخارجية، لكنه سيرى في قرارة نفسه أنه أنثى، وهذا دليل واضح على أهمية الدور الذي تلعبه الهرومونات في تطور الدماغ وما يتبع ذلك من سلوك بناءً على تعليماته.

تؤثر هذه الهرمونات تأثيراً مباشراً على المزاج والحالة الذهنية للفرد، وليس أدل على ذلك من مشاعر الكآبة التي تصيب النساء في أثناء فترة الحيض وبعد الولادة، وقد يرجع ذلك إلى انخفاض مفاجئ في نسبة تركيز هرمونات الأستروجين ولاسيما هرمون الأستراديول. كما يمكن أن يمتد تأثير هرموني الأستروجين والتستسترون ليصل إلى نظام الناقلات العصبية الخاصة بمادة السيراتونين.

يبقى السؤال المحير حول إصابة النساء بالاكتئاب أكثر من الرجال رغم التأثير الإيجابي لهرمون الأستروجين على المزاج والحالة الذهنية عموماً. يوجد هذا الهرمون الأنثوي طبيعياً في جسد المرأة، ويقابله هرمون التستسترون لدى الرجال لكن بتركيز أعلى ألف مرة عن تركيز الهرمون الأنثوي لدى النساء، ويتحول كل هذا التستسترون إلى هرمون الأستراديول في دماغ الرجل، مما يزيد من تركيز هرمونات الأستروجين لديه، وقد تكون في ذلك إجابة لانخفاض أعداد الرجال المصابين بالاكتئاب في مقابل النساء.

تفرز الغدة النخامية هرموناً آخر مهماً هو هرمون النمو، وهو هرمون كما يظهر من اسمه ضروري جداً للنمو الطبيعي في الطفولة، لكنه موجود أيضاً لدى البالغين، وقد ظهر لدى المصابين بالاكتئاب شذوذ في تركيز هذا الهرمون في أجسادهم، ومن الجدير بالذكر أن المشيمة تفرز كمية كبيرة من هذا الهرمون في جسد الأم

أثناء فترة الحمل وخلال فترة الرضاعة، مما يمنح الأم شعوراً فائقاً بالسعادة، لكن تركيز هذا الهرمون ينخفض فجأة بعد الولادة، مما يوفر لنا سبباً بيولوجياً معقولاً لإصابة الأمهات الجدد باكتئاب ما بعد الولادة.

هل هناك أدلة تؤكد تأثير تجارب الطفولة والتعرض للكرب مبكراً على كيميائية المخ في المدى البعيد؟ إذا اعتمدنا الفئران نموذجاً صالحاً لإقامة الدليل، فإن الإجابة هي نعم، هناك أدلة تشير إلى ارتباط حوادث الفقد والتعلق بالأم بسلوك الفرد لاحقاً بعد البلوغ، وقد أثبتت التجارب أن التدخل البشري في حياة الفئران حديثة الولادة أدى إلى تغييرات إيجابية في سلوك هذه الفئران لاحقاً، بالإضافة إلى تغييرات واضحة في كيميائية أدمغتها ومستويات تركيز الهرمونات في أجسادها.

يتلخص التدخل البشري في هذه التجارب بإبعاد صغار الفئران عن أمها خمس عشرة دقيقة كل يوم لمدة واحد وعشرين يوماً، وقد كانت النتائج مذهلة كما لاحظ الباحثون بعد متابعة تلك الفئران أثناء فترة بلوغها لاحقاً، إذ انخفضت نسبة تركيز هرمون الكورتيزول بصورة واضحة، كما نمت تلك الفئران بصورة أفضل من أقرانها، وظهرت بوضوح قدرتها على التعلم، ولم تحدث أي تغييرات انتكاسية في أدمغتها إلا قليلاً. قد تبدو تلك النتائج غريبة نوعاً ما، إذ كيف يؤدي إبعاد الحيوانات عن أمها يومياً إلى نتائج إيجابية في سلوكها لاحقاً، لكن ما حدث فعلاً بعد إرجاع صغار

الفئران إلى أمها أنها تلقَّت جرعات زائدة تعويضية من الرعاية والأمومة، فكانت الأم تلعق الصغير العائد باستمرار، وتعتني بحاجاته، وبخاصة أن الصغير كان يرسل المزيد من النداءات فوق الصوتية إلى أمه فترد هي بالمزيد من الرعاية.

بالمقارنة مع العلاقة بين الأمهات وصغارها في مجموعات أخرى من الفئران لم يتدخل البشر فيها، وجد الباحثون أن ثلث الأمهات تلعق صغارها باستمرار كما تفعل الأم التي حُرمت من صغيرها بعد تدخّل البشر، وبعد متابعة هذه الفئران إلى مرحلة البلوغ ومقارنتها بأقرانها ممّا لم تلعقها أمهاتها بالطريقة ذاتها، اتضح أن فئران الفئة الأولى طورت السمات السلوكية ذاتها التي طورتها الفئران التي تدخل البشر في إبعادها عن أمها في فترة الطفولة، فهي تبدأ على الفور باكتشاف ما حولها إذا ما وُضعت في بيئة جديدة، دون أن يظهر عليها القلق.

ظهر تغيير واضح في التركيبة البيوكيميائية لأدمغتها مشابه لذاك الذي ظهر في أدمغة الفئران التي خضعت للتدخل البشري في طفولتها، وبالنسبة إلى الفئران التي لم تحظَ برعاية كافية من أمهاتها؛ أي لم تُلعق مثل أقرانها، فقد حدثت تغييرات خاصة في أدمغتها تضمنت تغيُّراً في عدد مستقبلات الناقلات العصبية، مما زاد من تحفيز اللوزة المرتبط بمشاعر الخوف والقلق، وهو ما ظهر بوضوح على سلوك هذه الفئران عندما كبرت، وترتبط هذه التغيرات في السلوك بتغييرات أخرى في كيميائية الدماغ تؤثر على

عمل هرموني السيراتونين والنورادرينالين.

لا مناص من محاولة عكس النتائج السابقة على البشر ومحاولة اكتشاف تأثير التحفيز والتنشيط على الأطفال، وقد ظهرت بالفعل بعض النتائج المشابهة بتلك التي ظهرت في حالة صغار الفئران التي تلقت رعاية كافية من الأم، فقد أكدت الدراسات أن الأطفال الخُدَّج الذين تلقوا اهتماماً أكبر، وقام الأهل والعاملون بالمستشفى باحتضانهم باستمرار في أثناء فترة الخداج، أظهروا نمواً فكرياً أكثر تطوراً من أولئك الذين تلقوا رعاية عادية، ومن هنا تتضح أهمية تحفيز الطفل واستثارة حواسه بالتواصل الجسدي معه، وقد وجد الباحثون أن حجم أدمغة الأطفال الذين حُرموا من بيئة محفزة في طفولتهم المبكرة أصغر بمقدار الربع من حجم أدمغة أقرانهم، ويذكرنا هذا بالخطأ الفادح الذي وقع فيه علماء النفس السلوكيون في أربعينيات القرن العشرين حينما كانوا ينهون الأمهات والآباء على احتضان أطفالهم وتقبيلهم مخافة ترسيخ عادة الاعتماد على الأهل لدى الأطفال عندما يكبرون.

قد تكون هناك آلية خاصة تؤثر عن طريقها الكروب الصعبة في الطفولة تأثيراً بعيد المدى بتحفيز جينات محددة، وهناك آلية كيميائية يمكن أن تلعب هذا الدور تتضمن مادة أكيتلكولين، وهي مادة كيميائية ضرورية للتفكير الطبيعي، وإذا حدث أي تثبيط لتركيبتها فإن ذلك يؤثر مباشرة على الذاكرة، ويعرقل عملية التعلم، وهناك بروتينات تعرف باسم الإنزيمات تدخل في

تركيب مادة الأكتيلكولين، ويؤثر نشاطها على كمية الأكتيلكولين الموجودة.

عرَّض بعض الباحثين الفئران إلى كرب شديد بإجهادها بالسباحة مدة أربع دقائق لفترتين متواصلتين، فزاد تركيز مادة الأكتيلكولين بصورة ملحوظة في أطراف الأعصاب لديها، لكنه انخفض لاحقاً بسبب زيادة تمثيل الجين الذي يحمل رمز البروتين، والذي يُثبط الأكتيلكولين ليحل محله في النواة، ويجدر بالذكر أن تأثير الإنزيم ظل واضحاً في أجساد الفئران مدة ثلاثة أيام بعد التجربة. تُحيلنا هذه النتائج إلى متلازمة حرب الخليج، لأنها توضِّح إمكانية تأثير الكرب في تغيير تمثيل الجين داخل النواة، إذ يمكن للكرب الحاد، كتجربة الحرب، أن يؤدي إلى الإصابة باضطراب الكرب التالي للصدمة، الذي قد تظهر أعراضه بعد فترة من التعرض للكرب، وربما يكون الاكتئاب أحد هذه الأعراض، ويقود هذا العرض إلى افتراض أن تجارب الكرب المحدودة قد تؤثر تأثيراً طويل الأمد على بعض الناقلات العصبية الحيوية، لذلك لا يسعنا بعد الآن توصيف اضطراب الكرب التالي للصدمة أنه اضطراب نفسي بحت، إذ لا بد من بعض المراجع البيولوجية لهذا المرض.

يقدم لنا لادو في كتابه «الدماغ الانفعالي» مرجعاً ضافياً للسلوك الانفعالي ووظائف الدماغ، ويؤكد في تحليله أن كثيراً من الحالات الانفعالية تنشأ دون وعي منا، ويدرج مثالاً على ذلك

بشخص خضع لعملية جراحية لعزل الجزء الأيسر من دماغه عن الجزء الأيمن، فكان يستطيع التحدث فقط من خلال الجزء الأيسر، وعندما كان يواجه مثيرات انفعالية تتعلق بالجزء الأيمن من الدماغ، كان يتمكن من وصف انفعاله واستجابته بأنها جيدة أو سيئة دون أن يتمكن من تحديد نوع الانفعال، فقد كان يتوصل إلى النتيجة دون أن يعرف السبب بالتحديد.

يرى لادو أننا نتصرف دون وعي بالأسباب الحقيقية الكامنة وراء تصرفاتنا، لكن عقلنا الواعي يمدنا بقصص وأفكار تبرر تصرفاتنا على نحو معين، لذلك يصف لادو العلاقة بين الانفعالات والتفكير المعرفي الواعي بأنها علاقة ذهنية تفاعلية تنتج عن تفاعل نظامين مختلفين في العقل، والدليل على ذلك يظهر في حقيقة إدراك العقل لبعض المثيرات دون التمكن من وصف الانفعال ذاته في حالة تلف أجزاء محددة من الدماغ، والعكس صحيح، إذ يمكن لحافز انفعالي ما أن يؤثر فينا دون أن نعي إدراكنا له.

لقد ظل موضوع الانفعالات وعلاقتها بوظائف الدماغ مهملاً فترة طويلة، نظراً لصعوبة تحليل الانفعالات بوجه عام، لذلك فقد حصر الباحثون تركيزهم تقريباً على انفعالات الخوف والقلق لسهولة التعرف إليها وتحليلها لدى البشر، كما يمكن إشاعتها بين حيوانات التجارب بغرض دراستها.

لقد شهدت الأوساط البحثية عدداً كبيراً من الدراسات المعمَّقة حول العلاقة بين الخوف والذاكرة، وسمي مخزون الأحداث

القوية بالذاكرة الانفعالية التي تشبه الذاكرة الضمنية من حيث إنها لا تخضع لسيطرتنا المباشرة، أما القلق فهو الخوف غير المبرَّر الذي يُعد أحد مظاهر الاكتئاب، وبما أن القلق والاكتئاب يتضمنان عجز الدماغ عن السيطرة على الخوف والحزن، فإن هذه الدراسات يمكن أن تُلقي بعض الضوء على العلاقة بين نشاط المخ والاكتئاب.

يمكن أن ننظر إلى كل وحدة انفعالية - على مستوى الخلايا العصبية - أنها مجموعة من المدخلات، ومجموعة من المخرجات، وآلية للتقييم، فآلية التقييم تمكن الحيوان من الاستجابة إلى السلوك الانفعالي المناسب وهو الخوف، مثلاً، عندما يتعرَّض لمثير طبيعي مثل مواجهة حيوان مفترس.

لا بد من الحديث عن مفهوم مهم آخر يتعلق بالاستجابة الشاذة للخوف، ووجود القلق الدائم غير المبرَّر وهو مفهوم «الارتباط الشرطي»، الذي ظهر في تجارب العالِم بافلوف في بداية القرن العشرين، إذ وضح أن ترافق صوت الجرس مع تقديم اللحم للكلب أكثر من مرة، يجعل لعاب الكلب يسيل لمجرد سماع صوت الجرس دون تقديم اللحم، وسمى بافلوف اللحم بالنسبة إلى الكلب (منبِّهاً غير شرطي)، وهو محفز طبيعي لعدد من الاستجابات الانفعالية والسلوك الفردي، أما الجرس فهو منبه شرطي وهو منبِّه مُكتسب.

لقد خاض الباحثون طويلاً في موضوع النظام الشرطي

المتعلق بالخوف عند الفئران، وتبين أن الفئران تتسمر في مكانها إذا عُرِّضت لصدمة كهربائية خفيفة، وهو رد فعلها الطبيعي نحو الخطر، كما يحدث لها إذا رأت قطاً مثلاً، وإذا ارتبطت الصدمة بسماع صوت ما، فإنها ستتسمر كذلك عند سماعها الصوت دون تعرضها للصدمة، وقد يحدث هذا الارتباط الشرطي بسرعة كبيرة، وأحياناً يحدث ذلك بعد صدمة واحدة مرتبطة بسماع الصوت، ولذلك يمكن أن نقول إن الارتباط الشرطي يكون ذاكرة انفعالية خاصة به، لكن تكرار تقديم المنبه الشرطي دون ترافقه مع المنبه غير الشرطي (الصدمة) يؤدي إلى زوال الاستجابة الشرطية.

نجد هذا الارتباط الشرطي عند البشر أيضاً، لكن الاستجابة تختفي إذ تكرر تقديم منبه الصوت أو الضوء دون تقديم الصدمة، فهل اختفت الذاكرة الانفعالية بالفعل؟ أم أن الحيوان أو الإنسان تعلم السيطرة على خوفه؟ تشير الأدلة إلى أن الذاكرة الانفعالية تبقى موجودة ويمكن تفعيلها لاحقاً بسهولة، وقد تتفعل تلقائياً كذلك، إذ لا يمكن اجتثاث الذاكرة الانفعالية ببساطة بعد تأسيسها.

هل يمكن إقصاء الذاكرة الضمنية؟ هناك عدة عمليات تتحكم في الذاكرة الضمنية والذاكرة الصريحة، وبينما تتمركز الذاكرة الصريحة في الفص الصدغي في الدماغ، تتداخل الذاكرة الضمنية مع عدة أنظمة مختلفة في العقل الباطن، الذي يحتفظ بها مدة طويلة جداً، على عكس الذاكرة الصريحة التي سرعان ما نفقد محتوياتها،

فيصعب الاعتماد عليها، ويورد الباحثون في هذا السياق حالة شهيرة لمريضة أصيبت بتلف في جزء من أجزاء الدماغ نتج عنه عجزها عن الاحتفاظ بأي ذكريات حديثة، فكانت تتعرف على طبيبها من جديد في كل مرة تزوره فيها، وفي أحد المرات وضع الطبيب قلماً حاداً في يده ونخزها به عندما صافحته في بداية اللقاء، وفي اليوم التالي رفضت المريضة مصافحة طبيبها دون أن تدري سبباً لرفضها، فقد أصبحت يد الطبيب في عقلها الباطن مرتبطة بالخطر، وهكذا فقد تمكنت هذه المريضة من تكوين ذكريات انفعالية جديدة مع أنها فقدت القدرة على تكوين ذكريات صريحة.

تمثل حوادث السيارات مثالاً آخر على عمل الذاكرة الصريحة والذاكرة الضمنية، إذ يتمكن المرء من استعادة تفاصيل الحادث إذا ما سمع صوتاً مرتبطاً بالحادث مثل نفير السيارة، وفي الوقت ذاته يتم تفعيل الذاكرة الانفعالية الضمنية، فيستعيد المرء تجربة الخوف والقلق التي عاشها في أثناء الحادث.

قد تتطور الذكريات الانفعالية الضمنية المرتبطة باللوزة في الدماغ قبل الذكريات الصريحة المرتبطة بالحصين في مرحلة الطفولة، مما يفسر التأثير الطويل الأمد للتجارب الانفعالية القوية مثل الانفصال عن أحد الأبوين، إذ يمتد هذا التأثير من العقل الباطن إلى حالة الشخص الذهنية لاحقاً، وهو ما تحدث عنه وأكده المحللون النفسيون وعلماء النفس التطوري، منذ أبد بعيد.

يعتمد المعالجون النفسيون والمحللون النفسيون على تأثير

العقل الباطن إلى حد بعيد، ولطالما كان موضوع العقل الباطن وتأثيره موضوعاً محيِّراً بالنسبة إلى البيولوجيين لأنه لا يخضع للدليل المادي البيولوجي، بيد أن الذاكرة الضمنية تمثل بالفعل أساساً يمكن الاعتماد عليه في النظر إلى العقل الباطن، إذ وضحت الأبحاث دور العقل الباطن في تكوين الانفعالات والوعي وعلاقتهما باللوزة، وهناك أجزاء من الدماغ مثل القشرة الجبهية تختص بإيقاف الاستجابات الانفعالية بعد انتهاء الحاجة إليها، فإذا حدث خلل ما في القشرة مثلاً ربما أثر ذلك في قدرة الشخص على التحكم بانفعالاته، وكأن كوابح الانفعالات قد تعطلت، وقد يساعدنا ذلك على فهم القلق المرضي والاكتئاب بصورة أعمق، ولاسيما إذا تذكرنا أن حوادث الطفولة قد تسبب الحزن والقلق اللذين يمتد تأثيرهما وصولاً إلى مرحلة البلوغ وما بعدها.

تلعب اللوزة دوراً محورياً في الاستجابة للانفعالات وعملية التعلم، إذ يمر المنبِّه الانفعالي عبر المهاد الحسي في الدماغ قبل أن يصل إلى اللوزة، كما يأتي حاملاً معه أيضاً بيانات من القشرة الحسية، وبعد أن يتجمع كل ذلك في اللوزة تصدر عنها استجابات تسبِّب أنواع الاستجابة المعروفة مثل الجمود دون الحركة، أو ارتفاع ضغط الدم، وتفعيل محور الغدد الثلاث، الوطاء والنخامية والكظرية لإفراز هرمونات الكرب، فتصبح اللوزة مثل ناقل الحركة في العجلة، تستقبل الإشارة وتترجمها في صورة إشارات أخرى للأجهزة المعنية، فإذا حدث أي خلل في نشاط اللوزة،

انعكس ذلك بالضرورة على خلل في الانفعالات، وقد استطاعت مريضة مصابة بخلل في اللوزة التعرف إلى جميع الانفعالات المرتبطة بتعابير الوجه إلا انفعال الخوف، فقد أخفقت في تمييزه من بين الانفعالات الأخرى.

استخدم الباحثون في واحدة من الدراسات التي أجريت لتبيان دور اللوزة في تخزين الذكريات الضمنية، آلية تسمى القناع البصري، حيث يتم إظهار وجه مخيف على شاشة أمام الشخص الذي يجري اختباره لفترة قصيرة جداً لا تتجاوز جزءاً من الثانية، وهي فترة لا تكفي للتعرف إلى الوجه وتذكره في الذاكرة الصريحة، ثمّ عُرضت بعد ذلك مباشرة صورة لوجه عادي على الشاشة ولفترة أطول بعض الشيء، وبسؤال المشاركين لاحقاً عما شاهدوه، اتضح أن المشاهدين لم يتذكروا سوى الوجه الثاني الذي غطى تماماً على صورة الوجه الأول المخيف، لكن ذلك لا يعني أن الوجه الأول لم يجد طريقه إلى الذاكرة الضمنية، إذ سجلت المؤشرات أثناء التجربة نشاطاً ملحوظاً في اللوزة أثناء ظهور الوجه المخيف في جزء من الثانية، مما يؤكد أن نظام التسجيل الخاص في الدماغ يلتقط المنبِّهات الانفعالية مثل الخوف، ويستجيب لها دون أن نعي ذلك.

وسَّع الباحثون التجربة السابقة لتشمل ارتباط بافلوف الشرطي بإضافة منبه مزعج لصورة وجه غاضب، فكان الباحثون يعرضون سريعاً صورة وجه غاضب يتبعها مباشرة صوت بغيض،

وذلك لتعزيز استجابة المشاهدين لصورة الوجه الغاضب، التي ظهرت بوضوح على مقياس الانفعالات من خلال زيادة النشاط في اللوزة، بالإضافة إلى قياس درجة مقاومة الجلد لتيار كهربائي ضعيف تم استخدامه على المشاهدين لغايات القياس. تعرَّض المشاهدون بعد ذلك إلى تجربة الصورة المقنَّعة، إذ عرض الوجه الغاضب بسرعة، ثم تلاه عرض صورة وجه محايد لفترة أطول، وعندما سئل المشاهدون عما رأوه لم يذكر أحدهم صورة ظهور الوجه الغاضب، ومع ذلك فقد سجلت أجهزة القياس نشاطاً ملحوظاً في اللوزة عند عرض صورة الوجه الغاضب، أما الأغرب من ذلك فكان ظهور نشاط انفعالي في الجزء الأيمن من اللوزة عندما كان منبِّه الخوف يخاطب اللاوعي، وعلى العكس من ذلك نشط الجزء الأيسر من اللوزة عندما كان المشاهد يدرك وجود منبِّه الخوف.

تبرز أهمية الدور الذي تلعبه اللوزة بصورة أوضح لدى المصابين بتلف في جزء من اللوزة، إذ لا يستطيع هؤلاء التمييز بين وجه ودود ووجه عدواني، وكأن اللوزة لا تزودهم بالتحذيرات المناسبة لفعل ذلك. كما نرى وجهاً آخر لاختلال نشاط اللوزة، فقد أظهرت الأبحاث على القرود والبشر كذلك، أن من يعانون من خوف غير طبيعي دون مبرر واضح يسجلون نشاطاً مفرطاً في الجهة اليمنى من اللوزة، أما المصابون بالاكتئاب، فيعانون من نشاط مفرط في الجهة اليمنى من القشرة الجبهية، وتنشط الجهة

اليسرى من القشرة الدماغية لدى أولئك المحظوظين الذين يشعرون بالسعادة.

يمكن وصف القلق أنه خوف معلق لا يزول، وتقول معظم الفرضيات عن سبب هذا القلق أنه ينتج عن تجارب صادمة في مرحلة الطفولة تؤدي إلى إنتاج ذاكرة انفعالية للخوف، دون وجود ذاكرة صريحة للحدث الذي سبَّب صدمة الخوف. أما سبب اختفاء الذكريات الصريحة حول الحدث، فقد يكون بسبب الكرب المصاحب للحدث وما يتبعه من إفرازات هرمونية، فعندما تشعر اللوزة بالخطر تُرسل إشارة للوطاء الذي يحفز بدوره الغدة النخامية لتفرز هرمونات ACTH في الدم، وعندما تصل هذه الهرمونات إلى الغدة الكظرية تقوم الأخيرة بإفراز هرمونات الستيرويد، أما إذا زادت كمية الستيرويد في الجسم، فإنها تُعطل عمل الحصين، وهو لاعب رئيس في تكوين الذاكرة الصريحة، لذلك فقد لا يتمكن الحصين من تكوين ذاكرة خاصة بالحدث الذي سبب انفعال الخوف، وينسحب ذلك بالطبع على عدد من الحالات، فالفئران التي تواجه كرباً مستمراً تكون غالباً بطيئة التعلم، أما البشر الذين عانوا كرباً حاداً في وقت من الأوقات، فتشير الدراسات إلى أن حجم الحصين في أدمغتهم أصغر من أقرانهم، ويعانون من فجوات في الذاكرة. كما أن التعرض للكرب قد يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، ومن المعروف أن معظم المكتئبين يعانون من ضعف في الذاكرة.

يعزِّز الكرب في المقابل عمل اللوزة وينشِّطها، وربما ينشِّط عمل الذاكرة الضمنية كذلك، ولذلك فربما كان فرويد مصيباً في قوله إن التجارب المتعلقة بصدمات الطفولة تُخزَّن في مكان يصعب الوصول إليه بواسطة العقل الواعي، وقد لا يكون كبت هذه الذكريات هو السبب بالضرورة، فهي ذكريات حية موجودة ومن الصعب كبتها، غير أننا لا نستطيع استرجاعها بسهولة للتغلب عليها، وهكذا فربما لا مفر من محاولة التعايش مع وجودها غير الظاهر، والسيطرة على تأثيرها، وهنا يأتي دور العلاج النفسي وآلياته التي قد تساعد في احتواء القلق الذي تخلفه هذه الذكريات.

يمكننا القول إن الانفعالات عملية لاواعية لا تؤدي بالضرورة إلى إبراز تجربة واعية، وتبقى المعضلة في كيفية تمثيل المعلومات الانفعالية فيما نسميه الذاكرة العاملة، وهي نظام المخزون العام المؤقت الذي نستخدمه في التفكير.

يعتمد رد الفعل الانفعالي غالباً على التنبيه الانفعالي في الجهاز العصبي من خلال اللوزة، مما تنتج عنه في حالة الخوف -على سبيل المثال- تغييرات في ضغط الدم ومعدل ضربات القلب وإطلاق مجموعة هرمونات HPA، وتُقدِّم هذه الإشارات الجسدية تغذية رجعية تصبح فيما بعد المادة التي يؤسس عليها الدماغ الذكريات الانفعالية، وقد يوضح لنا هذا التفاعل بين اللوزة والعمليات المختلفة في الدماغ كيف يمكن أن يتحول القلق بسبب فقد شيء ما أو شخص عزيز إلى قلق خبيث يسيطر على حياة الشخص فترة

طويلة، بسبب تفعيل اللوزة بطريقة غير طبيعية، وقد يؤثر هذا التفعيل المفرط كذلك على جوانب أخرى في الدماغ، بما في ذلك الجوانب المعرفية، وربما ينطبق ذلك على عمليات أخرى في الدماغ تتعلق بالحزن، وهو الموضوع الأساسي في بحثنا هذا.

يعتمد سلوك اللوزة وأجزاء الدماغ المرتبطة بالانفعالات والجوانب المعرفية المتعلقة بالاكتئاب على الناقلات العصبية التي تؤمِّن تواصل العصبونات بعضها مع بعض. وبالطبع، لا يخفى على أحد دور الكيماويات التي تنقل الإشارات العصبية في تفعيل مرض الاكتئاب، لكننا لا نعرف بالضبط الآلية التي تسهم في تفعيل المرض، إذ إن هذه الكيماويات لا تزيد عن كونها ذرات صغيرة وبسيطة، غير أن اختلاف تركيزها له أكبر الأثر على الجوانب المعرفية والانفعالية في الدماغ.

تشهد مضادات الاكتئاب دون شك على الجانب الكيميائي للاكتئاب، إذ إن عمل هذه العقاقير يقوم على زيادة تركيز الناقلات العصبية في الدماغ ولا سيما النورادرينالين والسيراتونين، وفي المقابل هناك أدوية أخرى تستخدم لعلاج بعض الأمراض، لكنها تؤدي إلى نقص في الناقلات العصبية في الدماغ ومن ثم تحفز الاكتئاب، ومنها عقار «رسربين»، الذي يُستخدم في علاج ضغط الدم، إذ يؤدي إلى خفض تركيز مادة السيراتونين في الدماغ، وهو ما حدث مع والدي الذي تحول من رجل موفور الثقة، ومرتاح البال، إلى بقايا رجل بعد علاجه بعقار رسربين، وهنا لا بد أن نورد الحقيقة

التي قد لا يعرفها كثيرون حول المواد المخدرة، إذ إن تأثير هذه المواد مثل الكوكايين ينصب مباشرة على رفع تركيز السيراتونين والنورادرينالين في الدماغ، غير أن هذا التأثير الواضح للكيماويات وتركيزها لا يعني بالضرورة أنها السبب المباشر للاكتئاب، فهناك عدة عوامل لا بد أن تؤخذ بعين الاعتبار عند الحديث عن أسباب الاكتئاب.

تتضمن الكاتيكولامينات هرمونات الأدرينالين والنورادرينالين والدوبامين، وقد ظهرت فكرة مساهمة الكاتيكولامينات في الإصابة بالاكتئاب للمرة الأولى في ستينيات القرن العشرين، عندما لاحظ الباحثون نقصاً في تركيز مادتي الدوبامين والنورادرينالين في أدمغة المصابين بالاكتئاب، أما زيادة تركيز المادتين في الناقلات العصبية فيسبب حالة من النشوة المفرطة، وقد كانت هذه النظرية من أوائل النظريات التي ربطت الاضطراب النفسي بتغيرات بيوكيميائية تحدث في الدماغ، وباكتشاف مضادات الاكتئاب التي يتمركز تأثيرها على مادتيْ النورادرينالين والسيراتونين زادت الأمور تعقيداً، إذ إن العصبونات التي تستخدم ناقلات السيراتونين والأدرينالين تتفاعل فيما بينها كذلك، وتتصل بأغلب مناطق الدماغ، ومن أهم أجزاء الدماغ التي تفرز النوارادرينالين، المنطقة النيلية الواقعة في الدماغ الخلفي، فهي المسؤولة عن استجابة الفرار أو المواجهة، وتتحكم في تجاوب الجملة العصبية الودية نحو حالة الفرار أو المواجهة، ويتمثل ذلك في ارتفاع ضغط الدم وزيادة

سرعة ضربات القلب وغيرها من مؤشرات الخطر لدى الكائن الحي، كما تتلقى المنطقة النيلية مدخلات من العصبونات التي تفرز السيراتونين والدوبامين.

ينتشر السيراتونين 5-HT انتشاراً واسعاً في معظم أجزاء الجسم، ويتركز خاصة في الشرايين والمعدة والدماغ، حيث نجده في المناطق المرتبطة بالنشاطات اللاإرادية، وتعمل مضادات الاكتئاب على زيادة تركيز هرمون السيراتونين بناءً على معرفة العلماء أن الإصابة بالاكتئاب مرتبطة بانخفاض تركيز هذا الهرمون، غير أن هذه العلاقة بين تركيز الهرمون والاكتئاب لاتزال محل الكثير من البحث وتحتاج إلى المزيد من الأدلة تدعمها، لعدة أسباب منها صعوبة قياس درجة تركيز السيراتونين في الدماغ، فمعظم القياسات تعتمد على تركيز السيراتونين في الدم، الذي قد لا يعكس بوضوح نسبة تركيز الهرمون في الدماغ، إذ يحتوي الدماغ على نسبة بسيطة من مجموع السيراتونين الموجود في الجسم. وهناك سبب آخر يسهم في صعوبة الربط بين الاكتئاب والسيراتونين، وهو وجود أكثر من أربعة عشر مستقبلاً للسيراتونين في مختلف أنحاء الجسم، ولا ندري بالضبط أيها المتعلق بتحفيز الاكتئاب، غير أن بعض الأدلة تشير إلى واحد من هذه المستقبلات تنخفض فيه نسبة السيراتونين انخفاضاً واضحاً لدى المصابين بالاكتئاب.

تتوزع العصبونات التي تفرز السيراتونين أو تستجيب له توزيعاً واسعاً في أجزاء الدماغ، لذلك يمكن أن نلحظ بوضوح

تأثير التغير في نسبة هذا الهرمون على سلوكات مختلفة لدى المرضى، مثل النوم والتعلم والحركة والعادات الغذائية والنشاط الجنسي، كما تنتشر الخلايا التي تفرز السيراتونين في مناطق محددة في المخ يُعتقد أنها ترتبط بالاكتئاب، مثل اللوزة الدماغية والوطاء وبعض أجزاء القشرة، ويُفسَّر هذا الارتباط في بعض الدراسات بتأثير السيراتونين، الذي يصل إلى الحصين المسؤول عن أنواع السلوك المكتسب في الحالات التي يتعرض لها الكائن الحي للخطر، وبتعزيز عمل السيراتونين في الحصين يتعزز السلوك المتوازن والمرونة في مواجهة المصاعب. يؤثر السيراتونين كذلك في عملية إفراز هرمونات CRF من الغدة النخامية، التي تلعب دوراً حيوياً في تنظيم مستويات الكورتيزول وهرمونات أخرى مشابهة.

وتتدخل عوامل كثيرة في تحديد نسبة تركيز السيراتونين في الدماغ، ويتكون السيراتونين من الحمض الأميني تريبتوفان، لذلك فإن تركيزه يعتمد على كمية الحمض الأميني الموجودة في طعام الشخص، والأنزيمات اللازمة لتكسيره، ونشاط الخلية العصبية. هناك بالطبع آليات خاصة تستخدمها الخلية العصبية في امتصاص السيراتونين الموجود حول الخلية بواسطة ناقلات خاصة في غشاء الخلية، وهي الناقلات ذاتها التي تعمل عقاقير مضادات الاكتئاب على تغذيتها بالسيراتونين الموجودة حول الخلية، وتعمل بذلك عمل المنظم، فإذا ارتفع تركيز السيراتونين حول الخلية تقوم المستقبلات بوقف إنتاجه للحفاظ على المستوى المطلوب منه، لكن

هذه العملية تستغرق بعض الوقت، مما يفسر مرور عدة أسابيع قبل أن يشعر المريض بالاكتئاب بتأثير الأدوية المضادة للاكتئاب عند تعاطيها للمرة الأولى، إذ يتطلب الأمر تخفيض عدد المستقبلات التي يؤثر عددها على تركيز السيراتونين، وهي عملية بطيئة نوعاً ما. هناك أيضاً بعض الهرمونات التي تؤثر تأثيراً واضحاً على مستقبلات السيراتونين وناقلاته ولاسيما الأستروجين، الذي يؤثر بالتأكيد في نسبة تركيز السيراتونين في الدماغ، وهكذا نرى أن هذا التركيز يتأثر بمجموعة مختلفة من العوامل.

تشير بعض الأدلة إلى وجود علاقة بين بعض الصفات الشخصية المرتبطة بالدوافع والانفعالات، مثل الاندفاع والسلوك العنيف وتركيز السيراتونين في الدماغ، إذ وجد الباحثون أن الأشخاص الذين يتصرفون بعنف واندفاع مثل المجرمين أو أولئك الذين يحاولون الانتحار بطريقة عنيفة، يعانون في الغالب من نقص في تركيز السيراتونين في أدمغتهم، ولذلك فإن علاج المرضى العدائيين بإعطائهم جرعات إضافية من السيراتونين قد يسهم في كبح عدوانيتهم في معظم الأحوال، وقد بنى الباحثون نظرياتهم على أدلة جمعوها بفحص أدمغة المنتحرين بعد تشريح جثثهم، حيث وجدوا أن تركيز السيراتونين لديهم كان أقل من المستوى الطبيعي، غير أن تلك الأدلة لا ترقى إلى مستوى الأدلة المؤكَّدة بسبب وجود احتمالية إصابة هؤلاء المنتحرين بأمراض عقلية أخرى تؤثر بدورها في نسبة تركيز السيراتونين لديهم.

وبالإضافة إلى ذلك، فلا بد أن نأخذ بعين الاعتبار التغييرات التي تطرأ على نسيج الدماغ بعد الوفاة، التي قد تؤثر بدورها على مصداقية الفحص.

لقد أجريت معظم الدراسات المتعلقة بالسيراتونين وتأثيره على سلوك المرضى النفسيين، لكن ذلك لا يمنع وجود بعض الدراسات التي أجريت على أفراد أصحاء لفحص دور السيراتونين في التحكم في حالتهم المزاجية عن طريق خفض مستوى السيراتونين لديهم. أعطيت مجموعة من النساء والرجال خليطاً ليشربوه يؤثر سلباً على مستوى السيراتونين في الدماغ، وقد لاحظ بعض الرجال هبوطاً في المزاج بعد أيام من تعاطي الخليط، في حين لم يلحظ الآخرون أي تغيير يُذكر. أما بالنسبة إلى النساء، فقد تأثرن جميعاً بانخفاض مستوى السيراتونين، وعانين من هبوط في المزاج، مما يعكس استعداد النساء للإصابة بالاكتئاب، إلا أن أحداً من الرجال أو النساء لم يصل إلى مرحلة الاكتئاب الحاد.

قام باحثون آخرون بالتجربة ذاتها باستنزاف السيراتونين على مجموعة من المرضى الذين تعافوا حديثاً من الاكتئاب بعد تناولهم عقاقير مضادة للاكتئاب، فكانت النتيجة إصابة معظمهم بنكسة قوية، وظهرت عليهم أعراض الاكتئاب بعد ساعات من تناول الخليط، وتوقفت الأعراض تماماً بعد أن توقفوا عن شرب الخليط، أما المرضى الذين لم يتعالجوا بمضادات الاكتئاب، فلم يتأثروا باستنزاف السيراتونين وبقي اكتئابهم على حاله دون زيادة

أو نقصان، مما يشير إلى عدم وجود علاقة واضحة بين مستوى السيراتونين وحدة الاكتئاب.

لقد أجريت دراسات أخرى حول تأثير ارتفاع مستوى السيراتونين على الأشخاص الأصحاء في محاولة لمعرفة تأثير هذا الهرمون على الانفعالات الإيجابية، بالإضافة إلى الانفعالات السلبية مثل القلق والحزن. أعطي الأشخاص الذين تبرعوا للتجربة عقار البروزاك المضاد للاكتئاب، المعروف بأن عمله يتلخص في زيادة مستوى السيراتونين في الجسم، وقد تناول أفراد العينة هذا العقار لأربعة أسابيع متتالية، ثم تعرضوا بعد ذلك لفحص معياري لقياس «الصرامة» و«حدّة الطبع» بالإضافة لمشاعر أخرى سلبية وإيجابية. أشارت نتائج الفحص إلى وجود تأثير واضح لعقار البروزاك في تقليص المشاعر السلبية مثل الخوف والغضب، لكن العقار لم يؤثر تأثيراً واضحاً في تعزيز المشاعر الإيجابية مثل البهجة أو التفاؤل، مما يقودنا لفرضية أخرى حول وجود نظم عصبية كيماوية مختلفة تتحكم في الانفعالات الإيجابية والسلبية.

لا يقتصر تأثير السيراتونين على البشر، وإنما يتعداهم إلى حيوانات أخرى من فصيلة الرئيسات مثل القرود، فقد أظهرت التجارب أن القرود التي تتمتع طبيعياً بنسبة عالية من السيراتونين تبدو اجتماعية أكثر من غيرها، وتعيش ضمن مجموعة من جيرانها، خلافاً للقرود التي تعاني نقصاً في مادة السيراتونين، إذ تبدو عدوانية وفي حالة صراع دائم مع غيرها من القرود، وتصاب

بجروح مختلفة، مما يؤدي إلى موتها مبكراً مقارنة بأقرانها، لكن هذه العدوانية تراجعت تراجعاً ملحوظاً بعد إعطاء هذه القرود مضادات الاكتئاب، إذ أصبحت أكثر لطفاً وقرباً من أقرانها.

لا بد من توخي الحذر عند الحديث عن العلاقة بين السيراتونين والإصابة بالاكتئاب، ولاسيما انخفاض هذا المستوى وارتباطه بالحالة المزاجية للفرد، فالعلاقة ليست واضحة تماماً حتى الآن، وبمقارنتها بما يحدث في مرض السكري مثلاً، نجد أن ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم ليس السبب في مرض السكري، لكن زيادة نسبة تركيز الجلوكوز في الدم تشير إلى غياب الأنسولين اللازم لتوزيع الجلوكوز على الخلايا، أو فشل آلية امتصاص الجلوكوز في الخلايا وإن وُجد الأنسولين، أما دور الناقلات العصبية ومنها السيراتونين في الإصابة بالاكتئاب فلا يزال غامضاً بعض الشيء، إذ إن هناك مركبات أخرى قد تلعب دوراً رئيساً في الإصابة بالاكتئاب، ومنها المركب P، الذي اكتُشف دوره مؤخراً، وهو مركب مرتبط بالألم يتكون من بروتينات تطلقها عصبونات مختلفة في الدماغ، غير أن هذا المركب يعمل ناقلاً عصبياً ذا مفعول أبطأ من مفعول السيراتونين، وقد ظهر مؤخراً عقار يعمل على كبح مستقبلات هذا المركب ومن ثم كبح الألم، ويصلح مضاداً للاكتئاب إذا أسهم بتعديل النشاط العصبي في اللوزة مثلاً، إلا أن علاقته بالسيراتونين مازالت غامضة.

أصبح بإمكان العلماء اليوم فحص الدماغ الحي لدى الأفراد

المصابين بالاكتئاب وغير المصابين به للوقوف على الاختلافات في وظائف الدماغ بين الطرفين إن وُجدت، إذ يمكن تتبع التغيرات في تدفق الدم وتمثيل الجلوكوز الذي يعكس نشاط جزء محدد من الدماغ بواسطة آليات تصوير خاصة مثل آلية PET، التي تقوم على حقن الشخص بذرة مُشعة من جزيء موجود أصلاً في الدماغ مثل الأكسجين أو الكربون، فيسهل تتبع رحلة هذه الذرة بواسطة كاميرات خاصة تتابع توزيع الذرة المشعة في الدماغ، ثم تقوم الحواسيب بحساب نسبة تركيزها في مناطق الدماغ المختلفة بمرور الوقت، وهكذا تظهر بوضوح المناطق الأكثر نشاطاً في الدماغ بحساب تدفّق الدم إليها وتركيز الجلوكوز فيها، ويمكن بعد ذلك ربط هذه المناطق بالنشاطات الذهنية المختلفة لدى المصابين بالاكتئاب وغير المصابين به ورصد الاختلافات إن وُجدت، وتشير عدد من الدراسات إلى وجود نشاط زائد في القشرة المدارية الوسطى لدى المصابين بالاكتئاب الحاد، يماثله نشاط مشابه لدى الأشخاص الطبيعيين الذين تعرضوا للقلق والحزن على سبيل التجربة لفحص استجابتهم، وربما تمهد هذه التجارب الطريق لربط الاكتئاب بمناطق محددة في الدماغ.

لقد أجريت معظم الدراسات السابقة على مجموعة صغيرة من الأشخاص، لذلك لا يمكن تحليل النتائج تحليلاً موضوعياً، وبالإضافة إلى ذلك قد تؤثر العقاقير المختلفة على أنشطة الدماغ، مما يسبب خللاً في نتائج التحاليل، كما يمكن أن يعكس النشاط

الدماغي أعراضاً خاصة بمرض الاكتئاب مثل القلق والأرق. لا بد كذلك من الانتباه للتغيرات في حجم المناطق المختلفة في الدماغ لدى المرضى المتقدمين في العمر، ولاسيما الذين أصيبوا بالمرض العقلي في مرحلة متقدمة من حياتهم. وأخيراً يمكن للإدمان على الكحول أن يؤثر في نتائج هذه الفحوصات، ومع كل ذلك فقد استطاع الباحثون تحديد اختلافات واضحة في نتائج التحاليل بين نتائج المرضى ونتائج الأصحاء من عينة الضبط.

تحتل القشرة الجبهية الأمامية نصف حجم الدماغ البشري تقريباً، ويتم فيها أداء الوظائف المعرفية والعمليات الانفعالية، التي تسبب تدفق الدم إلى مناطق محدَّدة مرتبطة بالأنشطة الذهنية، وقد أظهرت الدراسات ضعفاً في النشاط في المنطقة الظهرانية الجانبية من القشرة الجبهية الأمامية لدى المصابين بالاكتئاب والاكتئاب الهوسي، ويمكن زيادة النشاط في تلك المنطقة بتناول العقاقير المضادة للاكتئاب. نلحظ انخفاض النشاط في منطقة أخرى من الدماغ في حالة الإصابة بالاكتئاب وهي المنطقة رقم 25 على خريطة برودمان لتقسيم الدماغ، والواقعة خلف جسر الأنف مباشرة، وتتصل بالقشرة الجبهية الأمامية وتتفاعل معها، وتتصل كلتاهما باللوزة الدماغية والوطاء، ومن الملاحظ كذلك أن حجم هذه المنطقة يتقلص تقلصاً ملحوظاً في أدمغة المصابين بالاكتئاب، في حين يزداد النشاط فيها في حالات الهوس.

وبينما يقل النشاط في المنطقة 25 من الدماغ في حالة الاكتئاب،

تزداد مناطق أخرى نشاطاً مثل القشرة الجبهية الأمامية واللوزة والوطاء، التي تحفز بعضها بعضاً فيزداد نشاطها، لكن الأطباء تمكنوا في بعض حالات الاكتئاب المستعصية من خفض تدفق الدم إلى هذه المناطق عن طريق العمليات الجراحية، ومع ذلك تظل اللوزة الجزء الأنشط في الدماغ في حالة الاكتئاب، فهل من الممكن أن تكون اللوزة المصدر الرئيس للحزن الخبيث؟

يرجع تقلص حجم المنطقة 25 في دماغ الشخص المكتئب إلى تناقص عدد خلايا الدبق العصبي وليس الخلايا العصبية في المنطقة، مما يفتح نافذة جديدة للنظر إلى مسبِّبات الاكتئاب، لأن هذه المنطقة المصابة هي التي تعمل عمل الكوابح لنشاط اللوزة المفرط، فربما كان الاكتئاب مرتبطاً بخلل جيني في عدد خلايا الدبق العصبي في الدماغ.

يمكننا القول إن الاكتئاب يحدث نتيجة تفاعل داخلي بين مناطق محددة في الدماغ مثل اللوزة المسؤولة عن الانفعالات ومناطق أخرى مسؤولة عن الجانب المعرفي، إذ تُحفِّز خطوب الحياة انفعال الحزن الذي قد يتطور إلى حزن مكثف لدى الأشخاص الذين يمتلكون الاستعداد الوراثي لذلك، ويولد الإحساس المكثف بالحزن بدوره أفكاراً سلبية تسيطر على التفكير، ممّا يحفِّز المزيد من مشاعر الحزن، وهكذا قد يتحول الحزن العادي في النهاية إلى حزن خبيث.

تلخيصاً لما عرضناه سابقاً، تشير الأدلة إلى أن تغيير تركيز بعض

الهرمونات في الدماغ مثل السيراتونين والنورادرينالين قد يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، إضافة إلى تغييرات أخرى في الدماغ قد تعكس تجارب في مرحلة سابقة، وقد يبدو ذلك تطوراً كبيراً على طريق معرفتنا للجانب البيولوجي من الاكتئاب، لكننا لا نستطيع حتى الآن تحديد الطريقة التي تتفاعل بها العمليات البيولوجية في الدماغ مع المكونات الكيميائية الموجودة فيه، غير أننا استطعنا التوصل إلى علاجات مختلفة للاكتئاب بدراسة تركيز الناقلات العصبية وعلاقتها بالاكتئاب، وسننظر إلى بعض هذه العلاجات في الفصل القادم.

الفصل العاشر

مضادات الاكتئاب والعلاج البدني

عَرَضنا فيما سبق الأسس العلمية للاكتئاب بالشرح المفصَّل، ومع هذا، فلا بد أن نتذكر دائماً أن الاكتئاب مرض رهيب بالنسبة إلى من يعاني منه، ومن الضروري توفير العلاج المناسب له، وليس أدل على ذلك مما قدمته إليزابيث وارتزل في وصف بشاعة هذا المرض بقولها: «*يتعرض الفرد للكثير من الحوادث المؤسفة في حياته، فقد يُقدم على تحطيم زجاج النافذة بيديه، فتتطاير شظايا الزجاج الملوَّثة بالدم السائل من يديه، وربما يسقط من نافذة مفتوحة في الطابق العلوي، فتتهشم بعض عظامه ويصاب بعدد من الجروح، لكن جبيرة مناسبة وبعض الغرز تفي بالغرض فتندمل الجروح وتنجبر العظام بعد مدة، غير أن الاكتئاب لا يشبه أياً من هذه الحوادث، وإنما هو أشبه بمرض السرطان الذي يبدأ بورم غير ملحوظ، ليتطور بسرعة إلى ورم ضخم في الرأس أو المعدة أو بين الكتفين، كفيلٍ بالقضاء على الشخص خلال أشهر، وكذلك هو الاكتئاب؛ إذ تتراكم المعطيات السلبية يوماً بعد يوم في قلب الشخص وعقله لتفسد عليه متعة الحياة وتنغص عليه أيامه*

دون أن يلحظ تسللها إلى نفسه، بل قد يظن المرء أنّها مشاعر طبيعية تصاحب التقدم في العمر، أو أنها أمراض تصاحب الوصول إلى سن الثامنة أو الثانية عشرة أو الخامسة عشرة، هكذا حتى يصل المرء إلى نقطة يقف عندها ويفقد الرغبة في مواصلة حياته، لأنه يرى أنها حياة فظيعة لا تستحق العيش، وتنتابه المخاوف، ولا يقوى على مواجهة الغد... هذا ما أريد بالضبط أن أوضحه بشأن الاكتئاب، فهو لا يتعلق بما يصيبنا في حياتنا من حزن أو ألم أو ندم، فكلها مشاعر طبيعية وإن كانت محزنة، أما الاكتئاب فهو حالة مختلفة تماماً، ينسحب فيها الشخص من حياته ويغيب بالكامل عن كل ما يحدث فيها، فيتحول المصاب بالاكتئاب السريري الشديد إلى جثة مفرغة من الحياة تمشي على الأرض».

تستخدم مضادات الاكتئاب على شكل واسع في علاج الاكتئاب، ويرتكز عملها على زيادة أعداد الناقلات العصبية في الدماغ، ولاسيما السيراتونين والنورادرينالين، ولا تخفى على أحد بالطبع صعوبة تطوير العقاقير المعالجة للاكتئاب أو أي نوع من العقاقير الطبية، إذ يتطلب الأمر الكثير من الجهد والوقت للتعرف إلى فاعلية الدواء، وحصر جميع الأعراض الجانبية التي قد يسببها، لأن ذلك غير ممكن إلا باستخدام الدواء على نطاق واسع.

تشترك كل العقاقير المضادة للاكتئاب في عدد من الأعراض الجانبية التي تسبِّبها، لكنها تختلف أيضاً في تأثيرها من شخص إلى آخر، ولا بد من إيقاف تداول العقار إذا كانت أعراضه الجانبية

خطيرة على المريض، إذ عانت الصناعات الدوائية من مشاكل سابقة في هذا المضمار، ولايزال مثال عقار «ثاليدوميد» يؤرق صانعي الأدوية في كل مكان، فلقد كان هذا العقار يوصف لمعالجة الغثيان الصباحي لدى السيدات الحوامل، واتضح فيما بعد أنه أسهم في تشوه بعض الأجنة، فقامت السلطات بسحبه من الأسواق ومنعت تداوله.

كان عقار «كلوربرومازين» أول عقار ظهر لعلاج مرض عقلي هو انفصام الشخصية، بعد عدة أبحاث في ثلاثينيات القرن العشرين على أمراض الربو والحساسية، إذ كان العلاج موجَّهاً لعلاج تلك الأمراض، لكن العقار أظهر نتائج مختلفة بعد تجربته على الفئران أولاً، فقد أخذت الفئران تميل إلى الهدوء بعد تناول الدواء، أما تأثيره على البشر العاديين فقد كان أوضح؛ إذ عمل العقار عمل المخدر تقريباً على الأفراد الذين خضعوا للتجربة، بيد أن المفاجأة الكبرى ظهرت بعد تجربة العقار على المصابين بانفصام الشخصية، فقد شعر المرضى بتحسن ملحوظ بعد ساعات فقط من تناول الدواء، وبذلك فتح هذا العقار باباً جديداً من الأمل أمام المصابين بالأمراض العقلية كافة.

لم تتطور الأدوية المضادّة للاكتئاب بطريقة علمية ممنهجة لتصنيع مادة كيميائية محددة يقوم عليها العلاج، بل إن هذا التطور جاء نتيجة مراقبة ردود أفعال فئران التجارب، وأحياناً البشر، على مواد كيميائية مختلفة، وكان العلماء -في بعض الأوقات- يكتشفون

بالصدفة أن دواءً ما يُستخدم لعلاج علة بدنية يؤثر في تخفيف حدة الاكتئاب.

استخدمت أدوية مشابهة في التركيب لعقار «كلوربرومازين» في الأربعينيات من القرن العشرين، كمضادات للهستامين ولمعالجة مرض الباركنسون، ومن هذه الأدوية الثلاثية الحلقات عقار «إمبرامين»، الذي استخدم في علاج الاكتئاب على نطاق واسع بعد ثبات نجاعته في أكثر من خمسين دراسة أجريت لإثبات فاعليته في تحسين حالة مرضى الاكتئاب، وقد وصلت نسبة نجاحه في تخفيف أعراض الاكتئاب إلى 65٪ من الحالات التي خضعت للتجربة، وهي نسبة تكررت بوضوح في جميع التجارب التي استخدمت فيها مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات، وقد ذكرت بعضها في الجدول القادم بالإضافة إلى أنواع أخرى من مضادات الاكتئاب، وأشرت كذلك إلى أعراضها الجانبية، وهي أعراض مهمة بالطبع، إلا أن أياً من مضادات الاكتئاب لا يسبب الإدمان كما يفعل عقار الفاليوم مثلاً.

تزيد الأدوية الثلاثية الحلقات، مثلها كمثل مضادات الاكتئاب الأخرى، تركيز الناقلات العصبية على سطح الخلية، باتحادها مع المستقبلات الموجودة فيها، لمنع امتصاص ناقلات الدوبامين والسيراتونين والنورادرينالين، كما يمكن لهذه الكيميائيات أن تتصل بفئة أخرى من العصبونات مسببة الأعراض الجانبية للكيميائيات الثلاثية الحلقات، كالإمساك والشعور بالدوار، ومع

ذلك فهي عقاقير فعالة جداً ورخيصة الثمن، لذلك فإنها تلاقي رواجاً في دول مثل الهند وتركيا والبيرو.

اكتشفت عقاقير أخرى لها تأثير مضاد للاكتئاب تثبط مفعول إنزيم أكسداز أحادي الأمين، وكان أول هذه العقاقير «إبرونيازيد»، الذي استُخدم في علاج مرض السل، قبل أن يلاحظ الأطباء آثاره الجانبية في تحسين الحالة المعنوية لمرضى الاكتئاب ومدِّهم بالطاقة، وقد وصفه الأطباء لمئات المرضى، عندما سُمح بتداوله علاجاً للاكتئاب، إذ كان علاجاً فعالاً أسهم في تخفيف معاناة عدد كبير من المصابين بالاكتئاب، كما اعتقد الأطباء أنه دواء آمن إلى حد ما، لأنه كان يستخدم بالفعل في علاج مرضى السل، أي أنه اجتاز مرحلة الاختبار منذ فترة طويلة، ومع ذلك فقد مُنع تداول الدواء عام 1961، بعدما اتضح أنه يسبب تلفاً في الكبد.

يقوم إنزيم أكسداز أحادي الأمين بعمله من خلال تثبيط نشاط الناقلات العصبية مثل النورادرينالين ومنع تكسرها، وبذلك يزيد تركيزها، وقد كان ذلك من أهم الاكتشافات التي أكدت العلاقة بين الاكتئاب ونقص النورادرينالين، وارتباط الهوس بزيادة تركيز النورادرينالين، غير أن الإنزيمات أحادية الأمين تسبب الكثير من الأعراض الجانبية لمتعاطيها، لذلك فهي قليلة الانتشار والاستخدام، بيد أن هناك أشكالاً جديدة من العقار تسبب عدداً أقل من الأعراض الجانبية، ويمكن استخدامها في علاج أنواع الاكتئاب غير النموذجية، حين لا يستجيب المرضى لأنواع أخرى

من العقاقير المضادة للاكتئاب، لكنها نادراً ما تكون الخيار الأول للعلاج.

طورت صناعة الدواء مجموعة أخرى من العقاقير المضادة للاكتئاب تعمل على تثبيط مستقبلات منتقاة للسيراتونين، وتعرف بمجموعة SSRI، ومن أهم هذه العقاقير وأشهرها عقار «البروزاك»، الذي ظهر عام 1987، ويعمل على الاتحاد مع ذرات محددة في مستقبلات بعينها، ولا يتصل مع عصبونات أخرى اتصالاً عشوائياً، لذلك تناقصت الأعراض الجانبية تناقصاً واضحاً.

تحقِّق شركات الدواء الضخمة أرباحاً طائلة، لكنها توظف أيضاً آلاف العلماء والباحثين للعمل في مختبراتها لتطوير أدوية جديدة أو تعديل الأدوية الموجودة بالفعل، وقد تستغرق رحلة إنتاج دواء جديد، من مرحلة البحث إلى التسويق النهائي، أكثر من عشر سنوات أحياناً، وتكلف زهاء 200 مليون جنيه إسترليني، وخير مثال على ذلك عقار «البروزاك» ذاته، فقد بدأت الأبحاث لإنتاجه أواخر الستينيات من القرن العشرين في مختبرات «إلي ليلي»، حيث عمل الباحثون على تطوير عامل كيميائي يشبه في تكوينه عامل السيراتونين، بحيث يمكن خداع الخلايا العصبية بهذا العامل، لتمتصه تاركة السيراتونين الحقيقي على جدار الخلية، وقد طوروا بالفعل مركب هيدروكلوريد الفلكسوتين، الذي سمي فيما بعد بعقار «البروزاك»، بعد أن استغرق إنتاجه ثلاث عشرة سنة من التجارب على آلاف المرضى، قبل أن يتم ترخيص

العقار والموافقة على طرحه في الأسواق.

نجح البروزاك نجاحاً مذهلاً، ومع ذلك فقد نشر أستاذ في كلية الطب بهارفرد بحثاً عام 1990 قال فيه إن تعاطي البروزاك قد يؤدي إلى الانتحار، وإن ستة من مرضاه الذين يتعالجون بالبروزاك ظهرت لديهم نزعات انتحارية، وقد استُعمل هذا البحث في قضية رفعها المدعي العام أمام المحاكم الأمريكية، حين أطلق أحد عمال المطابع في ولاية كنتاكي النار على عشرين عاملاً من زملائه، وقد ألقى المدعي العام باللوم على عقار البروزاك الذي كان يتعاطاه العامل، ومن ثم الشركة المنتجة للعقار «إلي ليلي»، غير أن القضية لم تنجح، ولم يقدم حينها أي دليل علمي على تأثير البروزاك أو غيره من مجموعة أدوية SSRI على زيادة النزعات الانتحارية.

يتركز عمل أدوية SSRI على ناقلات السيراتونين العصبية الموجودة على غشاء الخلية العصبية، وقد تختلف هذه الأدوية في قدرة كل منها على امتصاص الكمية المطلوبة من السيراتونين، إلا أن ذلك لا يؤثر على فاعليتها بالنسبة إلى مرضى الاكتئاب، فتأثير هذه الأدوية في تخفيف أعراض الاكتئاب واضح جداً، أما الجانب الآخر الذي يهم كل متعاطي مضادات الاكتئاب فهو الأعراض الجانبية المصاحبة، وقد أثبتت مجموعة أدوية SSRI جدارتها في تحسين نوعية حياة المرضى من خلال السيطرة على الأعراض الجانبية، خلافاً للأدوية الأخرى من المجموعة الثلاثية الحلقات، التي أظهرت الدراسات أن 30٪ من المرضى يقلعون عن تناولها

بسبب الأعراض الجانبية التي تسببها، في حين يقلع 10٪ فقط من متعاطي أدوية SSRI مثل فلكسوتين عن تناولها بسبب أعراضها الجانبية.

يرتبط الاكتئاب عادة بضعف النشاط الجنسي، مما يعكس الزهد في الجنس، أو ربما الزهد في المتع عموماً، وقد يبدو ذلك مبرَّراً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن السلوك الجنسي يتأثر بتركيز السيراتونين والنورادرينالين، كما تؤدي مضادات الاكتئاب في معظمها إلى الضعف الجنسي. أما المشكلة الأكبر التي تواجه المرضى الذين يتعاطون مضادات الاكتئاب فهي أنها تستغرق فترة طويلة قد تصل إلى عدة أسابيع قبل أن يظهر مفعولها، وينطبق ذلك على عقاقير المركبات الثلاثية الحلقات وعقاقير مجموعة SSRI.

قد يبدو من المنطقي أن نتوقع مفعولاً سريعاً لمضادات الاكتئاب، لأنها تعمل على تثبيط إعادة امتصاص السيراتونين على سطح الخلية العصبية، وبذلك يرتفع تركيزه، وهي عملية تحدث خلال ساعات من تعاطي الدواء، فلماذا إذاً لا يشعر المريض بتأثير زيادة السيراتونين خلال فترة وجيزة؟ يبدو أن مضادات الاكتئاب الجديدة لا تعمل على تثبيط امتصاص السيراتونين مباشرة، إذ تشير أدلة جديدة إلى وجود نظام معقد تعمل خلاله مضادات الاكتئاب بالاعتماد على مستقبلات السيراتونين التلقائية الموجودة على سطح العصبون للتحكم في إطلاق السيراتونين وتصنيعه كذلك ضمن نظام معقّد للتغذية الرجعية يتعلق بمقدار كمية السيراتونين

المطلوبة. قد تكون تلك المستقبلات مفرطة الحساسية في حالة الاكتئاب، لذلك يحتاج مضاد الاكتئاب إلى فترة من الزمن للتغلب على هذه الحساسية والحد منها، ويمكن مساعدة مضاد الاكتئاب على تنفيذ مهمته باستخدام عقاقير مانعات بيتا التي يُنصح بها لمعالجة القلق، إذ تتحد هذه العقاقير مع المستقبلات التلقائية، مانعة بذلك التغذية الرجعية السلبية من الوصول إلى الخلية التي تُطلق السيراتونين، فيزداد تركيزه محققاً الغرض المطلوب من مضادات الاكتئاب، وهكذا يمكن لمانعات بيتا أن تختصر الوقت الذي تتطلبه مضادات الاكتئاب لإنجاز مهمتها.

وبينما اعتمدت الولايات المتحدة على عقار بروزاك واحتفت به، اتجهت ألمانيا إلى الأعشاب الطبية مثل عشبة سانت جون، وهي عشبة ذات زهرة صفراء فاقعة اللون، ويتم تحضير العلاج منها بنقع زهرة العشبة في زيت نباتي لعدة أسابيع، ثم يُستعمل السائل الناتج في أغراض طبية شتى، وقد عرف العالم هذه العشبة منذ زمن بعيد، واستعملها الإغريق في علاج عدد من الامراض العضوية والنفسية، كما ازداد استخدامها منذ بدايات القرن العشرين في علاج الأمراض العصبية، وقد أظهرت دراسة أجريت على ألفي شخص تقريباً أن استخدام هذه العشبة آمن وفعال في علاج الاكتئاب، دون التسبب بأعراض جانبية تُذكر، وتتوفر هذه العشبة عادة في أماكن بيع الأعشاب الطبية.

يظهر مركب P، الذي عرضنا له في الفصل السابق، شكلاً

جديداً محتملاً من أشكال مضادات الاكتئاب، لا يعمل عبر السيراتونين والنورادرينالين، لذلك فقد يُكوِّن فئة جديدة مختلفة من فئات مضادات الاكتئاب.

يتطلب علاج الاكتئاب الهوسي دواءً مختلفاً عن الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب غير الهوسي، ولاسيما عقار «الليثيوم»، الذي يُعد أفضل العقاقير المستخدمة لعلاج الهوس والوقاية منه، والليثيوم جزيء يشبه جزيء الصوديوم، وقد يحل محله في بعض النظم.

اكتشف المعالج النفسي الأسترالي جون كيد تأثير الليثيوم في علاج الهوس للمرة الأولى عام 1949، عندما كان يحاول إثبات نظريته حول وجود مكون ما في الدماغ تؤدي زيادته إلى الهوس ويؤدي نقصه إلى الاكتئاب. افترض كيد أن المكون الزائد لدى المصابين بالهوس لا بد أن يخرج من الجسم عن طريق البول، فأخذ عينة من بول مريض بالهوس، وحقن بها فئران التجارب، فاكتشف أن هذا البول أكثر سمية من بول الشخص العادي، وفي محاولته فصل الجزء السام في البول استخدم مادة الليثيوم، وعندما أعاد حقن فئران التجارب بالبول المخلوط بالليثيوم أصيبت بحالة من الاسترخاء التام، فقرر تجربة الليثيوم على مرضى مصابين بالهوس، وكانت النتائج مُرضية للغاية، إلا أن أبحاث كيد لم تلقَ اهتماماً مناسباً حتى عام 1954، عندما أخضع عدد كبير من المرضى لتجارب سريرية تضمنت استخدام الليثيوم في علاج الاكتئاب

الهوسي، وجاءت النتائج ممتازة حتى أصبح الليثيوم الآن دواء عالمياً لعلاج هذا المرض.

جدول 1. مضادات الاكتئاب (الثلاثية الحلقات)

اسم العقار	الاسم التجاري (الولايات المتحدة)	الاسم التجاري (بريطانيا)
أمبرامين	توفرانيل	توفرانيل
أميتربلين	إيلافيل/إنديب	ترايبتزول/لنتيزول
نورتربتلين	أفنتيل	أليجرون
كلومبرامين	أنافرانيل	أنافرانيل
بروتريبتلين	فيفاستيل	كونكوردين
دوكسبين	سينكوان	سينكوان
ترمبرامين	سارمونتيل	سارمونتيل
دوثين	دوكسبين	بروثادين
لوفبرامين		جامنيل

الأعراض الجانبية: صعوبة في التبول، وإمساك، وتسارع في ضربات القلب، ودوار عند الوقوف، وشعور بالنعاس والارتباك.

قد تؤثر هذه العقاقير على عمل نظام القلب، ويمكن أن تكون الجرعة الزائدة منه مميتة. وتتضمن الأعراض الانسحابية لهذه العقاقير بعد تعاطيها فترة قصيرة، القلق والصداع، والإصابة ببعض الانقباضات في عضلات مختلفة. أما التوقف عن تعاطي

هذه العقاقير بعد عدة سنوات من استخدامها، فقد يؤدي إلى أعراض أخطر مثل الشعور بالارتباك والغثيان، وربما الإصابة بتشنجات.

جدول 2. مضادات الاكتئاب (مثبطات امتصاص السيراتونين SSRI)

اسم العقار	الاسم التجاري (الولايات المتحدة)	الاسم التجاري (بريطانيا)
سيتالوبرام		سيبراميل
فلوفوكسامين	لوفوكس	فافرين
فلوكساتين	بروزاك	بروزاك
باروكستين	باكسل	زيروكسات
سيرتالين	زولوفت	لوسترال
فينلافاكسين	إيفكسور	إيفكسور

الأعراض الجانبية: الدوار، والأرق، والهياج أو القلق، كما تمنع هذه المجموعة امتصاص النورادرينالين، وتُضعف القدرة الجنسية، لكن الجرعة المضاعفة منها ليست مميتة على وجه العموم. وتتمثل الأعراض الانسحابية للدواء بعد التوقف عن تعاطيه في الهذيان، والتعب، والشعور بالدوار، لذلك لا بد من التوقف التدريجي عن تعاطيه خلال عدة أسابيع.

جدول 3. مضادات الاكتئاب (مثبطات أكسيداز أحادي الأمين)

اسم العقار	الاسم التجاري (الولايات المتحدة)	الاسم التجاري (بريطانيا)
فينلزين	نارديل	نارديل
ترانيلسيبرومين	بارنيت	بارنيت
ميكلوبيميد	مانيريكس	

الأعراض الجانبية: انخفاض ضغط الدم، ودوار يؤدي إلى إغماء، وصداع، وصعوبات في النوم، وقد يتداخل مفعول هذا الدواء مع عدة أنواع من الأطعمة مثل الأجبان والأسماك والمخللات. ويؤدي الانسحاب المفاجئ للدواء إلى الإصابة بالصداع والكوابيس الليلية.

جدول 4. مضادات اكتئاب أخرى

اسم العقار	الاسم التجاري (الولايات المتحدة)	الاسم التجاري (بريطانيا)
مرتازبين	ريميرون	زيسبين
نيفازودون	سيرزون	دوتونين
فيلوكسازين		فيفالان
ببروبريون	ويلبترين	

الأعراض الجانبية: يتميّز عقار بروبريون بأقل نسبة من الأعراض الجانبية، أما باقي المجموعة فتتشابه أعراضها الجانبية مع أعراض العقاقير الثلاثية الحلقات، وأحياناً تظهر أعراض الخدر على المرضى.

جدول 5. أدوية الاكتئاب الهوسي

اسم العقار	الاسم التجاري (الولايات المتحدة)	الاسم التجاري (بريطانيا)
كربونات الليثيوم	ليثوبيد	كامكوليت/بريدل
كاربمزبين	تيجريتول	تيجريتول
فلبروت الصوديوم	ديباكوت	إبليم

الأعراض الجانبيّة: يؤثر العقار على عمل الغدة الدرقية، ويؤدي إلى الشعور بالعطش، والرعشة في اليدين، وقد يشوه الجنين إذا استخدم في الشهور الأولى للحمل، وقد يصاب بعض المرضى بتسمم الليثيوم والإسهال والارتعاش في الأطراف، وفي حالات التسمم القصوى قد يحدث تقيؤ نتيجة لارتفاع تركيز الليثيوم في الدم، لذلك لا بد من مراقبة الكمية التي يتناولها المريض. أما عقار كاربمزبين، فقد يسبب الغثيان والدوار والطفح الجلدي أحياناً، كما أنه يؤدي إلى انخفاض عدد كريات الدم البيضاء في الجسم. أما عقار فلبروت، فقد يسبب الغثيان وتقلصات المعدة، وأحياناً قد

يؤدي إلى فشل كلوي.

لا يقتصر علاج الاكتئاب على العقاقير، فهناك وسائل أخرى يستخدمها الأطباء لتغيير تركيز المواد الكيميائية في الدماغ، منها العلاج بالصدمات الكهربائية والجراحة النفسية، والعلاج بالنوم، والعلاج بالضوء، وبينما ترتبط طرق العلاج الكهربائي والجراحة بالقسوة والعنف في أذهان معظم الناس، فإن الأدلة العلمية تشير إلى نجاعتها في علاج عدد كبير من الحالات.

لطالما اعتقد الناس أن تعرض الدماغ للصدمات الكهربائية قد يؤدي إلى تلف أجزاء في المخ، ولاسيما الأجزاء المسؤولة عن الذاكرة، وقد يؤثر أيضاً على القلب والعظام، وربما يؤدي إلى الموت، غير أن ذلك لا يعني أن العلاج الكهربائي لم يستخدم في السابق، إذ يرجع تاريخ معرفة الإنسان بهذا النوع من العلاج إلى القرن الأول للميلاد، فلقد استخدم أباطرة روما الصدمات الكهربائية التي يصدرها ثعبان الماء في علاج الصداع، إذ كان الإمبراطور يلف الثعبان حول رأسه، فيبدأ الأخير بإرسال صدمات كهربائية تجعل الإمبراطور يرتج ويتشنج فيزول الصداع. كما ذكر المبشرون اليسوعيون طريقة مماثلة للعلاج استخدمها الأثيوبيون في القرن السادس عشر، أما الاستخدام الحديث للصدمات الكهربائية فقد بدأ في ثلاثينيات القرن العشرين في إيطاليا، حين اعتقد الأطباء أن الارتجاجات التي تسببها الصدمة الكهربائية مفيدة في علاج بعض الأمراض العقلية، لكن ذلك لا يمنع أن استخدام العلاج

الكهربائي ظل دوماً مثار جدل واسع حتى اليوم، وهناك ادعاءات تؤكد وفاة 384 شخصاً بسبب الصدمات الكهربائية عام 1977، وقد كانت هناك معارضة شديدة في الولايات المتحدة لاستخدام علاج الصدمات الكهربائية في السبعينيات، عزرها ظهور فيلم «وطار فوق عش الواقواق»، الذي لاقى نجاحاً باهراً وقتها، ويحكي الفيلم قصة شخص يُحتجز في مستشفى للأمراض العقلية، ويتعرض لمعاملة وحشية من العاملين في المستشفى، تتضمن علاجاً مكثفاً بالصدمات الكهربائية. وقد أدت الضغوط الشعبية في نهاية المطاف إلى ترسيم قوانين جديدة بشأن استخدام العلاج الكهربائي في الولايات المتحدة.

يلجأ الأطباء الآن إلى العلاج الكهربائي بعد أن يستنفدوا الوسائل الأخرى، وإذا كان المريض يفكر جدياً في الانتحار. وفي حال استخدام الصدمة الكهربائية، فلا بد أن يتم ذلك بعد استعمال مخدر عام، ومُرخ للعضلات، وتزويد المريض بالأوكسجين بالتزامن مع استخدام الصدمة الكهربائية، إذ يُثبَّت قطبان كهربائيان على جانبي الرأس، ويمرر تيار كهربائي بينهما مدة 30 ثانية، ويتكرر العلاج مرتين أو ثلاثاً خلال الأسبوع ويستمر عدة أسابيع. أما في السويد، فيثبت الأطباء قطباً واحداً فقط على أحد جانبي الرأس (الجانب غير المسؤول عن الذاكرة) للتخفيف من تأثير الصدمة على الذاكرة، وقد نتجت عدة حالات من فقد الذاكرة، غير أنها كانت غالباً حالات مؤقتة، يستعيد فيها

المريض ذاكرته بعد فترة قصيرة.

وخلافاً للاعتقاد الشائع، فليس التيار الكهربائي ذاته العامل العلاجي في عملية العلاج الكهربائي، وإنما النوبة التي يسببها، ماراً إلى الدماغ ومحدثاً تحفيزاً شديداً للوطاء والغدة النخامية، لإجبارهما على إفراز المزيد من الهرمونات مثل الأندروفين وهرمونات مجموعة ACTH. ولضمان نجاعة تلك النوبات لا بد أن تتكرر فترة تزيد عن الشهر، ولا يوجد حتى الآن تقرير مؤكد عن طريقة عمل النوبات بالضبط، ولا نعرف إن كانت تعمل عمل العقاقير المضادة للاكتئاب في تأثيرها على الناقلات العصبية أم لا، وكل ما نعرفه أن هذه النوبات تسبب إفراز المزيد من الهرمونات من الوطاء والغدة النخامية.

ترتبط الجراحة النفسية -مثل العلاج بالصدمات الكهربائية- في أذهان الناس بالعنف والقسوة، وقد تم إجراء أول عملية جراحية لاستئصال جزء من الفص الجبهي الأمامي في الأربعينيات من القرن العشرين، وكانت هذه العمليات تُجرى على مرضى الاكتئاب وانفصام الشخصية، وقد منحت هذه الجراحات فرصة جديدة لعدد ملحوظ من المرضى للعودة لممارسة حياتهم الطبيعية، على الرغم من أن بعض أعراض هذا النوع من الجراحة قد يكون خطيراً جداً، ولم تعُد هذه الجراحات تُستخدم الآن بعد اكتشاف مضادات الاكتئاب وانتشارها على نطاق واسع. لقد أجريت في الولايات المتحدة عشرة آلاف عملية جراحية من هذا النوع بين

عامي 1942-1954، وزهاء خمسين ألف عملية في الولايات المتحدة في الفترة ذاتها، وكانت نسبة الوفيات نحو 3٪، وخرج نحو 20٪ أصحاء من المستشفى بعد العملية، وأصيب زهاء 10٪ من المرضى بأعراض جانبية بعد العملية، تراوحت بين الصرع وتغيرات في الشخصية ظهرت لدى 5٪ فقط منهم.

قد لا يبدو مقبولاً الاعتماد على الجراحة النفسية علاجاً للاكتئاب، لما لها من أعراض جانبية خطيرة أحياناً، نتيجة استئصال جزء من منطقة حساسة جداً في الدماغ، لكن عدداً كبيراً من المرضى ممن يعانون آلام الاكتئاب وعذابه قد يرغبون بشدة في تجربة حل جراحي إذا لم يتحسنوا بعد تعاطيهم العقاقير المضادة للاكتئاب، ولا أرى اختلافاً بين موقفهم وموقف المصابين بالسرطان، الذين يرضون باستخدام علاجات كيميائية لها أعراض جانبية حادة في سبيل التخلص من المرض. كما يمكن أن تحقق الجراحات النفسية نجاحاً باهراً في علاج بعض الحالات مثل الصرع، إذ تستخدم الآليات الحديثة موجات لاسلكية لاستئصال الأجزاء المطلوبة بناءً على صور الرنين المغناطيسي للدماغ، ولا تستغرق مرحلة النقاهة بعد العملية أكثر من يومين، يمكن بعدها للمريض أن يمارس أنشطته الطبيعية، لذلك فإنني أرى أن الحل الجراحي قد يكون مطلوباً في حالات الاكتئاب المستعصية.

تُعد اضطرابات النوم من الأعراض الشائعة للاكتئاب، ويتعرض المرضى الذين يعانون من مثل هذه الاضطرابات

إلى نوبات متعددة من الاكتئاب، مما يثير عدداً من التساؤلات حول علاقة اضطرابات النوم بالاكتئاب، وهل هي إحدى خصائص الاكتئاب، أم أنها مجرد نتيجة من نتائجه؟ وهل ترتبط هذه الاضطرابات بحالات نفسية محددة، أم أنها تتشابه في جميع الحالات؟

تتناقص أعراض الاكتئاب تناقصاً ملحوظاً إذا تلاعبنا بنظام النوم لدى المصابين بالاكتئاب، ويتضمن ذلك حرمان المريض من النوم كلياً أو جزئياً خلال مرحلة حركة العين السريعة التي تتكون فيها الأحلام، إذ يظهر تحسن ملحوظ على زهاء 60٪ من المصابين بالاكتئاب عند حرمانهم من النوم، لكن أعراض الاكتئاب تعاودهم عندما يخلدون للنوم من جديد. ينضوي الحرمان من النوم لتحسين حالة المصابين بالاكتئاب على مفارقة واضحة، إذ إن النوم حاجة أساسية تمكن الجسد والعقل من أداء وظائفهما على أكمل وجه، ودونه تختل عدة وظائف حيوية في جسد الإنسان وعقله، وبالفعل يؤكد المصابون بالاكتئاب أنهم يصابون بالنعاس والإرهاق الشديد عندما يحرمون من النوم، إلا أنهم يقولون أيضاً إنهم يشعرون بتحسن واضح في المزاج، وقد يعود ذلك إلى التلاعب بالدورة اليومية للنوم واليقظة لدى المريض، أما الاحتمال الآخر لتفسير تحسّن المزاج فهو أن الحرمان من النوم ربما يكسر المأزق النفسي والتوتر الشديد في دماغ المصاب بالاكتئاب، وهو تفسير معقول وإن بدا غير مفهوم تماماً.

لا يمكننا تجاهل الإيقاع الدوري المنتظم لبعض جوانب الاكتئاب، وقد يكون الاكتئاب مرتبطاً ببعض الاضطرابات التي تصيب الإيقاع الدوري الذي يحكم العديد من جوانب حياتنا، ومما يعزز مثل هذه الفرضية اختلاف حدة أعراض الاكتئاب من وقت إلى آخر، إذ تظهر الأعراض أشد ما تكون في الصباح الباكر عند الاستيقاظ، وتأخذ بالتحسن كلما اقتربنا من المساء. هناك أيضاً الاكتئاب الموسمي المرتبط بأوقات محددة في السنة، إذ يتكرر تكراراً دورياً في الوقت ذاته. وأخيراً هناك الدورة اليومية لإفراز الهرمونات المرتبطة بالاكتئاب، إذ تشير الأبحاث إلى أن هذه الهرمونات تُنتج وتُفرز ضمن نظام دوري محدَّد، ويشمل ذلك هرمونات السيراتونين والدوبامين والكورتيزول، وقد وجد الباحثون أن هرمون الكورتيزول يُفرز في وقت مبكر جداً لدى المصابين بالاكتئاب مقارنةً بالأشخاص الطبيعيين.

يتميز الاكتئاب الموسمي بزيادة ساعات نوم المريض، وزيادة شهيته للطعام ولاسيما النشويات، لكن أعراض هذا النوع من الاكتئاب تتلاشى بحلول فصل الربيع لدى معظم المرضى، وإن كان بعضهم يعاني من الأعراض حتى حلول فصل الصيف، ويمكن لهذا النوع من الاكتئاب أن يصيب الأطفال ويؤثر في تحصيلهم الدراسي، غير أن الأبحاث تأخرت في دراسة الاكتئاب الموسمي حتى ثمانينيات القرن العشرين، عندما جرب طبيب نفسي ألماني تعريض أحد مرضاه لنوع خاص من أنواع الإضاءة الصناعية

يشبه ضوء النهار الطبيعي، ولاحظ تحسناً ملحوظاً على مزاج المريض، ومن هنا ظهرت فكرة المصابيح البديلة لضوء الشمس، إذ إن تعرض المرء لضوء هذه المصابيح مدة ستين دقيقة صباح كل يوم يؤثر تأثيراً إيجابياً على حالة المريض الذهنية، فالعين تمتص هذا الضوء وتتفاعل معه كما تتفاعل مع ضوء النهار الطبيعي، وقد تم تعريض مريض أعمى لهذا الضوء فأظهر نتائج إيجابية كذلك، ولا يخفى على أحد سهولة استخدام هذه الطريقة وسلامتها، إذ تخلو من الأعراض الجانبية، خلافاً للوسائل الأخرى مثل العقاقير المضادة للاكتئاب أو الجراحة وغيرها.

لا أحد يعرف بالضبط الآلية التي يعمل بها العلاج بالضوء، لكن إحدى النظريات تربط بين الضوء وتثبيط إفراز مادة الميلاتونين، التي تؤثر على مستوى تركيز السيراتونين وعلى الإيقاع الدوري اليومي للشخص. لقد استُخدم العلاج الضوئي كذلك في علاج الاكتئابات غير الموسمية، وأظهرت التجارب نتائج إيجابية للغاية، لذلك يمكننا استخدام الضوء علاجاً مكمِّلاً على الأقل إلى جانب طرق العلاج الأخرى، ولاسيما أنه علاج خالٍ من الأعراض الجانبية تقريباً. هناك اكتئاب آخر يُعرف بالاكتئاب الصيفي، إلا أنه ليس معروفاً مثل الاكتئاب الشتوي، ويستجيب المرضى بهذا الاكتئاب للعقاقير المضادة للاكتئاب، غير أن وسائل أخرى مثل تكرار الاستحمام بالماء البارد لم تُجد نفعاً، وليس هناك دليل على نجاعتها.

الفصل الحادي عشر

العلاج النفسي

يقول فرويد إن جذور العلاج النفسي تمتد عميقاً في نظرية التحليل النفسي، إذ يصف جوهر طريقة التحليل النفسي كما يلي:

«يمكن أن نقول إن نظرية التحليل النفسي تستند إلى حقيقتين واضحتين تظهران عند محاولة تتبع أعراض الشخص العصابي وصولاً إلى ماضيه، وهما الإسقاط والمقاومة، فكل بحث يستند إلى هاتين الحقيقتين بداية يمكن أن يسمى تحليلاً نفسياً، وإن توصل إلى نتائج مختلفة عن نتائجي».

هناك أكثر من مئتي طريقة معروفة للعلاج النفسي، تستخدم جميعها في علاج المرضى المصابين بالاضطرابات النفسية، ومنها طرق تستخدم في علاج الاكتئاب تستند إلى جلسات بين المعالج والمريض قد تطول أو تقصر تبعاً للحاجة، فإذا طالت مدة العلاج فإنها تدخل في باب التحليل النفسي، أما على المدى القصير فهناك طريقتان للعلاج تستندان إلى إطار نظري مختلف عن إطار التحليل النفسي، وهما العلاج النفسي الذاتي التفاعلي والعلاج السلوكي المعرفي، وخلافاً للتحليل النفسي لا يهتم العلاج المعرفي بالبحث

في اللاوعي عن التجارب والذكريات القديمة، بل يستخدم المعالجون مزيجاً من استراتيجيات علاجية مختلفة.

يطلق على هذه المجموعة من العلاجات اسم «العلاج النفسي التدعيمي»، للتأكيد أن هدف العلاج هو مساعدة المريض بالدرجة الأولى، وليس محاولة تغييره، إذ يحرص المعالج على كسب ثقة المريض أولاً، ثم يحاول استخلاص المعلومات المطلوبة للعلاج ليوظفها في مساعدة المريض على تخطي الحالة التي يمر بها. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يلعب المعالج دور الصديق المخلص والمستشار الخاص للمريض، إذ يرشده في جوانب حياته العملية المختلفة مثل العمل والدراسة والحالة الصحية العامة، كما يحرص المعالج على إقناع المريض بعدم اتخاذ قرارات مصيرية أثناء فترة المرض والعلاج، ويعمل معه على وضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها لتجنب خيبات الأمل، ويتطلب كل ذلك بالطبع مهارات خاصة يملكها المعالج لتطوير أساليب علاجية معينة تناسب كل مريض على حدة، كما يصنف المعالج الأدوية اللازمة لتخفيف بعض أعراض الاكتئاب الحادة، ليتمكن المريض من الاستجابة للعلاج النفسي بسهولة أكبر.

لايزال العلاج النفسي التحليلي والعلاج النفسي الحركي يعتمدان اعتماداً كبيراً على نظريات فرويد، لذلك فكلاهما يفتقر إلى قاعدة علمية معقولة في تعريف الاكتئاب وأسبابه، إذ يُرجع هذا النوع من العلاج الاكتئاب إلى علاقة غامضة بين الشخص

وما فقده، مما ينتج عنه غضب مكبوت يوجهه الشخص نحو ذاته، فينتقدها بشدة ويسعى إلى تدميرها. كما يُعرف محللون نفسيون آخرون الاكتئاب أنه هجوم شرس يمارسه الأنا الأعلى، ولا يتورع هؤلاء عن إلقاء اللوم على الأبوين، متجاهلين العامل الوراثي في الاكتئاب، فهم يعتقدون بارتباط الاكتئاب بالحرمان من الرعاية والحماية في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤدي هذا الحرمان إلى كبت التخيلات [أو الاستيهامات] والإعلاء من مثالية الأنا، وهكذا تعتمد طرق التحليل النفسي في العلاج على جلب القوى المسببة للمرض من اللاشعور إلى الشعور الواعي لتظل تحت سيطرة الأنا.

يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الإسقاط ما هو إلا تشويه للعلاقات لتناسب توقعات الشخص للأحداث التي مرت به في الماضي، ويتم هذا التشويه في اللاوعي، أما المقاومة فهي محاولة كبح ذكريات الشخص، لذلك فإن وظيفة التحليل النفسي تتمثل في إبطال المقاومة وتفسير الاسقاطات وفهمها، إذ إن وعي الشخص بماضيه مسألة جوهرية في التحليل النفسي، فالماضي لا بد أن يكرر نفسه إذا لم ينظر إليه بعين الوعي، وهنا يبرز دور المحلل النفسي في مساعدة المريض على تفسير أنماط التفكير، والسلوكات، والانفعالات التي لم يدركها بعد.

لا يسعى التحليل النفسي عادة للتعامل مباشرة وسريعاً مع أعراض الاكتئاب الشديد، وهذا بلا شك أحد الجوانب السلبية فيه، إذ يهدف التحليل النفسي أولاً إلى اكتشاف المسبب الرئيس

في الاكتئاب بتحفيز المريض على النظر داخل نفسه للبحث عن الرغبات والأحلام المكبوتة، وإظهارها إلى العلن، غير أن تشجيع المريض على تذكر تجارب سابقة مؤلمة قد يزيد الأمر سوءاً ويضاعف من اكتئاب المريض. يعتمد التحليل النفسي على علاقة المريض والمعالج، إذ يغوص المريض في ماضيه بمساعدة المعالج ليستخرج الذكريات المؤلمة التي قد تتمحور حول علاقة تهم المريض، مثل علاقته بأحد والديه والقيم والأفكار والتوقعات المحيطة بتلك العلاقة، ويقوم المعالج بمساعدة مريضه على البوح بمشاعره وأفكاره بالتدريج.

ونظراً لحميمية التجربة بين المريض والمعالج، فقد تنشأ أحياناً علاقة غريبة بينهما يكتسب المعالج من خلالها مرتبة أعلى من المريض، حيث يضع المريض حياته بالكامل بين يدي المعالج، وهي علاقة شاذة دون شك قد ينتج عنها فشل العلاج وتدهور حالة المريض بعد مدة من العلاج. يعد التحليل النفسي التقليدي علاجاً طويل الأمد يهدف إلى إعادة بناء شخصية المريض من جديد، بيد أن هناك طرقاً جديدة للعلاج تعتمد على التحليل النفسي، لكنها تستغرق فترة أقل تسمى بالعلاج النفسي الحركي، ويهدف إلى إعادة تشكيل المعيقات النفسية التي يعاني منها المريض في إطار علاقة تقوم على الإسقاط النفسي مع المعالج.

يقوم العلاج النفسي الذاتي التفاعلي على فهم الدور الجوهري للعلاقات الاجتماعية في الاكتئاب وكيفية تفاعل المريض ضمن

هذه العلاقات التي تتأثر بخطوب الحياة وروابط التعلق، ويقول باولبي في هذا السياق إن هناك ثلاثة مواضيع مشتركة يعاني منها المصابون بالاكتئاب وهي: إما الافتقار إلى علاقة آمنة ومشبعة مع الوالدين، أو إحساس المريض بعدم الجدوى والرفض، أو شعوره بالحرمان نتيجة فقد أحد الوالدين في مرحلة الطفولة، وهي جميعاً مواضيع قد تؤدي إلى تأسيس نظام غير عقلاني للتفكير يظهر بوضوح في تشويه قدرة المريض على الإدراك السليم والتصرف المناسب بعد مرحلة البلوغ، إذ تبدو على المريض دائماً حاجة ملحة للحب والتقدير من الآخرين، ويسعى باستمرار للوصول إلى ذلك في علاقاته، فإذا حدث ما يعرقل ذلك يتعزز لدى المريض شعور بعدم الجدوى والرفض فيصاب بالاكتئاب، ومع أن كثيراً من هذه الافتراضات لا يستند إلى دليل علمي ملموس، فإن التحليل النفسي يعتمد عليها في العلاج.

يقدم العلاج النفسي الذاتي التفاعلي طريقاً مختصراً للعلاج في جلسات تمتد من 15 إلى 20 جلسة، ولا يفترض هذا النوع من العلاج أن المشاكل الذاتية التفاعلية تسبب الاكتئاب، بل إن الاكتئاب ينشأ في إطارها، ولذلك يهدف العلاج إلى فهم الإطار الذاتي التفاعلي فهماً أعمق لمساعدة المريض على التعامل في علاقاته بمن حوله، وتطمينه أن الأعراض التي يعاني منها جزء من مرض معروف، ولا تزيد عن رسالة تنبيه للمريض ليقوم بتعديل مسار حياته.

يرتبط الاكتئاب الشديد في العادة بأربعة مظاهر تتعلق بالعلاقات التفاعلية حول المريض وهي: الخلافات المتكررة مع الآخرين، وفقدان المهارات الاجتماعية، والمبالغة في الحزن، وفقد القدرة على التكيف في مواجهة خطوب الحياة، مثل الانتقال إلى عمل جديد، أو التخرج من المدرسة أو الجامعة أو التقاعد، وفي جميع الحالات السابقة يتركز العلاج على علاقات المريض الحالية دون السابقة، ويهتم بالإطار الاجتماعي حول المريض قبل الإصابة بالاكتئاب مباشرة وفي أثناء فترة الإصابة، لكنه يأخذ بعين الاعتبار كذلك العلاقات المهمة في الماضي، ونوبات الاكتئاب السابقة، كما يتفق المعالج والمريض منذ البداية على مواضيع محددة يتم التركيز عليها تتعلق عادة بعلاقات الشخص الحالية بعد إجراء تقييم عام لعلاقات الشخص بعائلته. يتم التعامل عادة مع كل مظهر من المظاهر الأربعة التي ذكرناها على حدة؛ أما المبالغة في الحزن في حالات الفقد، فينهج المعالج منهجاً يتاح للمريض عبره التعبير عن حزنه والإفصاح عن مشاعره السلبية منها والإيجابية تجاه حالة الفقد، كما يشجع المعالج مريضه على مواجهة الإدراك المشوه للأحداث والأشخاص المحيطين بالمريض تجنباً للمشاكل التي قد يخلقها المريض لنفسه عند التعامل مع محيطه، ويُعلمه طرقاً جديدة للتواصل، ومهارات تفاعلية أفضل تمكنه من بناء جسور سليمة مع الآخرين، كما يزوده باستراتيجيات فاعلة تساعده على التمييز بين الخسائر الحقيقية والخسائر المتخيلة، وهو أمر مطلوب

لعبور سلس إلى مرحلة التكيف في مواجهة خطوب الحياة، وبعد ذلك يساعد المعالج مريضه في رسم أهداف واقعية قابلة للتحقيق بالتركيز على الفرص الجديدة والمتاحة.

لقد حقق نموذج بيك للعلاج السلوكي المعرفي تقدماً ملموساً في علاج مرض الاكتئاب بتأكيده أن الأفكار السلبية أهم ملامح الاكتئاب، وبقاؤها يعني بقاء حالة الاكتئاب، لذلك يهدف العلاج المعرفي إلى تغيير طريقة تفكير المريض السلبية، وتعليمه طرقاً جديدة تساعده في التخلص من الأفكار السلبية التلقائية تجاه نفسه، وتجاه العالم، وتجاه المستقبل كذلك، وتتوالد هذه الأفكار السلبية من التفكير المشوش الذي يلتقط الذكريات السابقة وينتقيها دون غيرها، غير أننا لا نعلم حتى الآن علم اليقين إن كانت هذه الأفكار السلبية هي المسبب الرئيس للاكتئاب أم أنها نتيجة من نتائجه. لكني، وفي ضوء أفكاري حول الحزن الخبيث، أعتقد أن هذا النوع من التفكير ينبع من حالة شعورية غير معتادة.

يسعى المعالج المعرفي السلوكي إلى تعديل الوظائف المعرفية والسلوكية عن طريق تعديل أنماط التفكير، إذ يفترض أن التجارب المكتسبة في مرحلة مبكرة هي السبب وراء الإصابة بالاكتئاب، لذلك فهو يسعى من خلال العلاج إلى التقليل من أثر هذه التجارب، وتقديم نماذج استجابات مختلفة تسهم في تكيف أفضل مع تلك التجارب، ومن هنا نرى أن هذا العلاج يعتمد على تقبل فكرة تدخل العقل الباطني أو اللاوعي في طريقة التفكير

اليومية وتأثيره على مسار المشاعر.

يستغل الإنسان في حياته اليومية نظامين معرفيين، أحدهما تلقائي يتعلق بنظم لا يعيها الإنسان ويستخدم الذاكرة الضمنية، أما الثاني فهو النظام الواعي الذي يستند إلى الذاكرة الصريحة المستخدمة يومياً، وقد تستجيب الانفعالات لكلا النظامين وتؤثر فيهما أيضاً، لذلك يفترض الباحثون وجود معرفة مخبأة لا يمكن للعقل الواعي الوصول إليها، لكن يمكن استعادتها تلقائياً إذ توافرت البيئة المحفزة المناسبة، فإذا وجد العامل المحفز تنشط الذاكرة الضمنية تلقائياً جالبة معها الانفعالات والأفكار المدفونة التي تدفع الشخص نحو سلوك معين.

قد توضح ذلك سيطرة مشاعر الحزن أو الخوف على الشخص أحياناً دون سبب واضح، وهنا يسعى العلاج المعرفي السلوكي إلى ضبط تنشيط الذاكرة الضمنية بتعليم المريض مهارات خاصة تمكنه من السيطرة على استجابته للذكريات المؤلمة، مما يؤدي إلى تغيير الافتراضات الثابتة والمعتقدات السلبية التي يحملها عن حياته. يعد العلاج المعرفي السلوكي طريقاً سريعاً ومباشراً لتعديل المعتقدات الثابتة والأفكار السلبية التي تسبب الاكتئاب، ويتم ذلك خلال 20 جلسة علاجية تقريباً، وقد يحتاج المريض إلى عدد أقل من الجلسات تتوزع على أربعة أشهر تقريباً. ويتميز العلاج المعرفي السلوكي بالتفاعل بين المعالج والمريض، إذ يسأل المعالج مريضه في كل مرة عما استنتجه من المناقشة التي تمت في الجلسة، وكيف

استفاد مما تعلمه، وإن كان لديه ردود أفعال محددة تجاه المعالج، مما يؤكد على الطبيعة التعاونية للعلاج خلافاً للعلاج الذي يستند إلى التحليل النفسي، إذ لا يأخذ المعالج رد فعل المريض إزاء ما يحدث في جلسة العلاج بعين الاعتبار، لذلك فهو لا يقدم أي تفسيرات للمريض، ويتميز العلاج المعرفي السلوكي كذلك بوجود جدول أعمال لكل جلسة، مما يتيح الفرصة للتركيز على أمور محددة كل مرة، ويمكن المريض بالتعاون مع المعالج من تحديد أهداف واضحة يصبح المريض مسؤولاً عنها وليس المعالج، كما يقوم المعالج في المراحل الأولى من العلاج بتوضيح مبادىء العلاج المعرفي السلوكي للمريض ويتم استخدام أفكار المريض ذاتها لتوضيح طريقة العلاج، فإذا كان المريض يشعر باليأس والإحباط قبل جلسة العلاج مثلاً، يطلب منه المعالج توضيح الأفكار التي تراوده حين يشعر باليأس، وتستخدم تلك الأفكار في توضيح العلاقة بين الأفكار السلبية والمشاعر.

يستخدم العلاج المعرفي آليات سلوكية مختلفة مثل التعزيز الإيجابي للسلوك المطلوب، فقد يقوم المعالج بوضع خطة مفصلة تتضمن عدة نشاطات تبدأ بالنشاط الأسهل مثل الخروج في نزهة أو قراءة مجلة ما، ويتدرج إلى النشاط الذي يحتاج جهداً أكبر، وقد أثبتت هذه الآلية نجاعتها، ولاسيما مع المرضى الذين فقدوا الاهتمام بالأنشطة اليومية بسبب سيطرة الاكتئاب على حالتهم النفسية، فإذا أسهمت تلك الأنشطة في تغيير الحالة المزاجية للمريض، يتم

تعزيزها بالمزيد من الأنشطة، وإذا لم تفلح تلك الآلية في مساعدة المريض يمكن مناقشتها معه للبحث عن خطة جديدة.

قد لا يستمتع بعض المرضى بتنفيذ جدول الأنشطة المقترحة لاعتقادهم أنهم لا يستحقون المتعة المرجوة، لذلك لا بد للمعالج أن يوضح لهم أن هذا النوع من التفكير السلبي مدمر للذات، لذلك يطلب المعالج من المريض تقييم مقدار المتعة أو الرضا الذي يشعر به بعد تنفيذ كل نشاط، ويكون ذلك على مقياس من 1-5 لتذكير المريض دائماً بالنتيجة الإيجابية التي حققها.

يتعلم المريض التعرف على الأفكار السلبية التلقائية، ومراقبتها في أثناء العلاج، ويعد ذلك أحد الجوانب الرئيسة في العلاج المعرفي، إذ يتمكن المريض من مراقبة الأفكار التي تخطر بباله عندما يشعر بالحزن ويقوم بتسجيل تلك الأفكار يومياً بالإضافة إلى المشاعر المصاحبة لها، غير أن بعض المرضى يجدون صعوبة في التمييز بين الأفكار والمشاعر، لذلك يمكن للمعالج تقديم بعض الأمثلة فجملة «أنا حزين» تعبر عن الشعور، أما جملة «أنا غير محبوب بين زملاء العمل» فهي فكرة سلبية، وبعد أن يتعلم المريض مراقبة أفكاره ومشاعره، يقدم له المعالج آليات محددة للتعامل معها عن طريق تفحص مدى مصداقية الأفكار السلبية، وإن كانت تستند بالفعل إلى أساس في الواقع، أم أنها مجرد أفكار في رأس المريض.

يستخدم العلاج المعرفي طرقاً أخرى كذلك لإشراك المريض

في عملية العلاج ذاتها، إذ إن المشكلة الرئيسة للمريض هي التفسيرات التي يقدمها، بتأثير الأفكار السلبية، لما يدور حوله، لذلك يحاول المعالج حثه على البحث عن تفسيرات أخرى معقولة لوصف ما يحدث له في العمل أو الحياة الشخصية، كما يساعده على تطوير مهاراته الاجتماعية وتغيير منظوره للأمور، لتعزيز فكرة الأمل بالتغيير القادم.

يصب التعامل مع الأفكار السلبية في قلب العلاج المعرفي، حيث نجد عدداً من الآليات المستخدمة لتحقيق تعامل ناجح مع تلك الأفكار، وتتضمن الأسئلة المباشرة، والصور الذهنية، والتمثيل، وتسجيل اليوميات، واستخدام بعض الانفعالات القوية الوصول إلى الأفكار السلبية، وسنورد هنا بعض الأمثلة من الآليات المستخدمة في العلاج المعرفي، وقد اقتبسناها من كتاب «العلاج المعرفي للاكتئاب والقلق» من تأليف بلاكبرن ودافيدسون.

تخفي معظم الأفكار السلبية التلقائية وراءها مجموعة من المعتقدات والأفكار الراسخة التي لا بد للمعالج أن يستهدفها بالكشف أولاً ثم المعالجة، ولا يتم ذلك إلا بتوجيه عدة أسئلة مباشرة للمريض للإجابة عنها، وعندها قد يتمكن المعالج من وضع يده على المعتقد المولد للفكرة السلبية في موقف ما، ويتبع ذلك محاولة التعامل مع تلك الفكرة.

- مثال من حوار بين المعالج والمريض:

المريض: كنت مستاء جداً أمس عندما عدت من العمل، دون أن أعرف السبب.

المعالج: ما الذي كان يدور بذهنك وقتها؟ (سؤال مباشر).

المريض: لا أدري، لا شيء محدد، شعرت وكأن غمامة سوداء تحيط بي.

المعالج: هل حدث ذلك قبل وصولك إلى البيت أم بعد وصولك؟

المريض: أظن أنني بدأت أشعر بالاستياء وأنا في العمل، ثم ازدادت الأمور سوءاً لاحقاً.

المعالج: هل حدث شيء في العمل؟

المريض: لا لم يحدث شيء مهم، كان يوماً عادياً.

المعالج: ماذا تعني بيوم عادي؟

المريض: كنت أقوم بعملي كالمعتاد، أصحح بعض أوراق الطلبة، ولم يكن هناك محاضرات لألقيها.

المعالج: هل بدأت تشعر بالاستياء حينها؟

المريض: نعم، هذا صحيح.

المعالج: هل جاء أحد إلى مكتبك؟

المريض: لا لم يأت أحد.

المعالج: هل أزعجك أحد، مكالمة هاتفية مثلاً؟

المريض: لا، لم يحدث.

المعالج: هل أزعجك أن أحداً لم يتصل بك على الإطلاق؟

المريض: لا، بل كنت سعيداً أن أحداً لم يزعجني، إذ كنت أريد الانتهاء من عملي.

المعالج: هل كنت تصحح تلك الأوراق بتركيز تام طوال الوقت؟

المريض: لا لم أستطع التركيز تماماً، فقد كان ذهني مشتتاً، ويحدث لي ذلك أيضاً عند مشاهدة التلفاز.

المعالج : هل تذكر صورة محددة خطرت ببالك آنذاك؟

المريض: نعم، أظن أنني كنت أفكر بالذهاب إلى البيت.

المعالج: إذن، فقد كنت تجلس في مكتبك وتقوم بعملك ثم أخذت تفكر بالعودة إلى المنزل، هل خطرت ببالك صورة محددة للمنزل؟

(يحاول المعالج خلق صورة ملموسة).

المريض: ربما..

المعالج: هل لك أن تصف لي تلك الصورة؟

المريض: نعم.. كنت أرى نفسي جالساً في بيتي البارد، وحيداً، أزدرد طعامي دون شهية، ولا أحد يهاتفني، (يبدأ المريض بالبكاء).

المعالج: حسناً، لقد خلقت صورة حزينة في ذهنك، جعلتك مكتئباً ومحبطاً. يمكنك الآن أن ترسم صورة مختلفة عن المنزل قد تكون أكثر إشراقاً، تصور لو أنك دخلت إلى المنزل وقمت بإشعال نار مدفأة، ثم طهوت طعاماً شهياً لتتناوله وأنت تشاهد فيلماً تحبه، ثم طلبت أحد الأصدقاء بالهاتف

وتحادثتما بضع دقائق، هل تظن أن هذه الصورة قد تؤدي بك إلى شعور مختلف؟

المريض: أظن ذلك، لم أكن لأشعر بالاستياء لو خطرت ببالي هذه الصورة.

المعالج: من الصعب أحياناً تتبع الصور التي تعبر أذهاننا، لكنك نجحت في تعقب السبب وراء تعكر مزاجك أمس، وأعتقد أنك انسقت وراء الصورة السلبية التي رسمتها لنفسك في المنزل، ثم حولت الصورة إلى حقيقة، وهي ليست كذلك بالطبع.

المريض: نعم أعتقد أنني بالغت في الانسياق وراء الصورة.

المعالج: يمكننا الآن أن نبحث في شعورك بالاستياء تجاه حياتك وحيداً.

– مثال على استخدام آلية الصورة الذهنية:

المعالج: حاولي أن تعيدي تصوير ما حدث ليلة الأربعاء الماضي، لقد كنت في المنزل مع زوجك بعد العشاء مباشرة وقد خلد الأولاد للنوم، وبينما كان زوجك يقرأ الجريدة، كنت تشاهدين التلفاز، حاولي أن تتذكري تفاصيل ذلك المشهد، غرفة الجلوس، حيث كنتما تجلسان والوقت بالضبط..إلخ.

المعالج : (بعد دقيقتين) هل ترين الصورة في ذهنك؟

المريضة: نعم، أرى الصورة بوضوح، لقد ذهبت لأجلس بجانب

جون وهو يقرأ الجريدة، لكنه قام بعد قليل ورفع صوت التلفاز واختار مقعداً آخر بعيداً عني وجلس فيه.

المعالج: وكيف فسرت ذلك؟

المريضة: فسرته أنه يجدني مملة ويريد أن يبتعد عني ولم يعد يحبني.

المعالج: ممتاز! هل ترين الآن سبب شعورك بالحزن واليأس؟

لقد تصرف زوجك تصرفاً محدداً قمت أنت بتفسيره تفسيراً قاسياً انعكس عليك انعكاساً سيئاً، دعينا ننظر إلى الأفكار التي أوردتها لتفحص مدى واقعيتها.

- مثال على مساعدة المريض في تفحص الأدلة المتعلقة بالأفكار السلبية:

المعالج: إذن أنت تشعر بالقلق صباح كل يوم لأنك تظن أنك لن تستطيع أن تقوم بعملك، وستنهار فيعيدونك إلى المنزل؟

المريض: نعم، هذا ما يحدث لي كل صباح، أستيقظ على تقلصات شديدة في معدتي، ولا أكاد أستطيع الذهاب إلى المدرسة.

المعالج: ماذا يخطر بذهنك في الصباح؟

المريض: الكثير من الأفكار، الأطفال في المدرسة، استدعاء مديرة المدرسة لي، تحضير الدروس سيئ، دروسي مملة..

المعالج: حسناً، أنت تعتقد أن المصائب ستتوالى عليك في العمل وأنك ستنهار وتنقل إلى البيت.

المريض: بالضبط، ولم أعد استطيع احتمال ذلك.

المعالج: هل حدث أيٌّ مما تتخيله بالفعل مؤخراً؟

المريض: نعم، بالطبع، منذ عام تقريباً حين بدأت تدريس أطفال الصفوف الابتدائية.

المعالج: وهل حدث أن انهرت فعلاً وأرسلت للبيت؟

المريض : لا، إلا أن ذلك كاد يحدث بضع مرات.

المعالج: كاد يحدث، لكنه لم يحدث، فهل ما يزعجك حقاً ما يحدث داخل غرفة الصف، أم الأفكار التي تراودك كل صباح؟

المريض: من الغريب في الأمر أنني لا أتوتر داخل غرفة الصف، لكن الصور التي تراودني أسوأ كثيراً من الواقع.

المعالج: تماماً! فأنت تقول لنفسك لن أستطيع الاستمرار في العمل وسأنهار، إلا أن ذلك لم يحدث من قبل فعلاً، أي لم تتحقق توقعاتك مطلقاً، لكنك لا تصدق الدليل الماثل أمام عينيك لسبب ما، أليس ذلك صحيحاً؟

المريض: نعم هذا صحيح. هل تصدق أنني تلقيت تدريباً علمياً قبل أن أصبح مدرساً؟

المعالج: نعم أصدق، وسيمنحك هذا العلاج الفرصة لتفكر تفكيراً علمياً في حياتك الخاصة.

(يمكن أن يقترح المعالج تفسيرات بديلة).

المعالج : إذن، فأنت تواجه أوضاعاً جديدة، لذلك فأنت قلق، هل هذا صحيح؟

المريض: نعم هناك الكثير من التغييرات وأنا لا أحب التغيير.

المعالج: حسناً، أنت لا تحب التغيير، لكنك تكيفت تكيفاً جيداً

طوال السنة الماضية؟

المريض: نعم.

المعالج: هل بدأت تعتاد التغيرات الجديدة؟

المريض: نعم، لقد أصبحت الأمور أسهل، وبدأت أتعامل مع الأطفال بسلاسة أكثر.

المعالج: جيد، ربما تستطيع ترديد ذلك كل صباح بدلاً من الأفكار والصور المقلقة التي كانت تراودك. يمكنك أن تقول «هذا موقف جديد عليَّ، لكنني أتكيف مع الوقت، ولم يحدث حتى الآن ما أخشى منه، وقد لا يحدث ما يسوؤني في المستقبل، إذ إنني أعتاد الصف الجديد أكثر فأكثر، وبدأتُ أعرف طريقة المديرة، وأعتقد أنني أبلي بلاء حسناً».

يستجيب المعالجون لحاجات مرضاهم في اختيارهم طريقة العلاج المناسبة، فإذا كان المريض يعاني من مشاكل شخصية، فقد يستخدم المعالج أسلوب العلاج الذاتي التفاعلي، أما إذا لم تكن العلاقات الشخصية محورية في مشكلة المريض، فإن المعالج يلجأ إلى العلاج المعرفي، وربما يدمج المعالج أكثر من طريقة في العلاج، ويعد ذلك أحد أسباب نجاح العلاج المعرفي عموماً، بالإضافة إلى إيمان المريض بنجاعة العلاج، وحرص المعالج على تعليم المريض طرقاً جديدة للتعامل مع مشاكله، وهكذا يتدخل المعالج لمساعدة المريض، ويقوم بتفصيل علاج مناسب لكل مريض على حدة، متجاوباً مع سلوك المريض وحاجاته، فينتقل المرضى في العلاج

النفسي المعرفي من مرحلة أولى يعاني فيها المريض من أفكار لا يعي وجودها، إلى مرحلة مؤلمة يختبر فيها المريض هذه الأفكار عن قرب.

ثم ينتقل بالتدريج إلى مراحل أخرى أقل ألماً وأكثر إدراكاً لوجود هذه الأفكار، ويتعلم طرق السيطرة عليها، حتى يصل في النهاية إلى فهم أفكاره والسيطرة عليها لكسر الحلقة المفرغة التي يتحول فيها الحزن إلى اكتئاب شديد. أما سؤالنا الأخير هنا، فأيهما أنجع، العلاج النفسي أم العلاج القائم على العقاقير؟

الفصل الثاني عشر

حلول مُجدية

ذات صباح عندما بدأت أعاني من الاكتئاب أول مرة، استيقظت وفي ذهني فكرة واحدة تتملكني، ألا وهي الانتحار، فسارعت إلى الاتصال بعدد من الأطباء المشرفين على حالتي لأطلب نقلي إلى المستشفى، فقد كنت أعتقد اعتقاداً جازماً، دون أن أدري السبب، أنني سأكون أفضل حالاً في المستشفى، ويبدو أنني لست الوحيد الذي يؤمن بضرورة الإقامة في المستشفى، إذ كتب وليام ستايرون عن ذلك في كتاباته، وأشار إلى حاجة المصاب بالاكتئاب للشعور بالأمان، وهو ما يتوافر في المستشفى. دخلت إلى قسم الأمراض النفسية في المستشفى المحلي، وفي البداية لم يكن مسموحاً لي التنقل داخل المستشفى وحدي، لكنني أقنعت طاقم الممرضين والأطباء أنني قدمت إلى المستشفى باختياري، وأنني لن أقدم على الانتحار، فسمحوا لي بحرية التنقل أثناء النهار.

توقفت في المستشفى عن تناول الأدوية الثلاثية الحلقات، وأوصت طبيبتي المعالجة بنوع آخر من مضادات الاكتئاب وهو «زيروكسات»، أقرب أقرباء عقار «البروزاك»، وعندما سألت

الطبيبة لماذا لم تصف لي «البروزاك» علاجاً، أجابت أنها تعرف من خبرتها السابقة مع مرضى آخرين أنني سأتجاوب بسرعة مع عقار الزيروكسات، وأخذت تؤكد لي أن الاكتئاب الذي يسيطر عليَّ لن يطول، ولا بد أن أشفى قريباً، غير أنني لم أصدق كلمة واحدة مما قالته، لشعوري وقتها أنني سأبقى حبيس الاكتئاب إلى الأبد، فاقداً الأمل نهائياً في إمكانية عودتي لمزاولة عملي مرة أخرى، وقد قمت بإلغاء جميع التزاماتي المهنية حتى إشعار آخر، وكنت أنظر من غرفتي في المستشفى إلى ملاعب التنس الخضراء القريبة حيث كنت أمارس رياضة التنس في السابق، وأتحسر على حالي لأني -حسب ما اعتقدته- لن أتمكن من اللعب ثانية، وسأبقى رهن السرير والغرفة إلى الأبد.

كان يأتي أحد أفراد أسرتي كل صباح ليخرجني من المستشفى ويرافقني طيلة النهار، ثم يعيدني في المساء لأنام في المستشفى ثانية، حيث تعلمت بعض آليات الاسترخاء، فكنت أستلقي على ظهري وأغمض عيني، وأبدأ بإرخاء كل عضلة على حدة بدءاً من عضلات رقبتي ووجهي حتى عضلات قدمي، كما حاول الأطباء تدريبي على التنفس الصحيح، واستحضار صور لأماكن جميلة في ذهني أثناء التنفس، وجرب أحد المعالجين طريقة العلاج المعرفي معي، لكنني لم أتمكن من التجاوب معه في تلك المرحلة، وظلت الأفكار السلبية مسيطرة عليَّ، مما دفعني إلى المطالبة بالعلاج بالصدمات الكهربائية، فقد كنت أرى أن العلاج الذي أتلقاه عديم

الجدوى. لم أكن أحمل أي مشاعر أو عواطف، وجمدت دموعي فلم أستطع البكاء، غير أني رغم كل شيء، احتفظت بحس الفكاهة، وفيما عدا ذلك فقد كانت أتفه القرارات تثير قلقي، ولم أرغب في مواجهة الحياة صباح كل يوم، وكم تمنيت لو أبقى في الفراش إلى الأبد، ومع قدوم المساء كانت أعراض الاكتئاب تنحسر، فأتمكن عندها من مشاهدة التلفاز أو القراءة، كان نومي متقطعاً في البداية، ثم أصبت بالأرق فزودني الأطباء بالأقراص المنومة التي كانت تفلح في إجباري على النوم عدة ساعات في أثناء الليل، لكنها تتركني مخدراً بليداً في اليوم الموالي، وبحاجة إلى المزيد من النوم، لكن الأطباء منعوني من تناول العقاقير المنومة بعد الثالثة فجراً، فكنت أبقى مستيقظاً أحس بجسدي يشتعل دون حرارة واضحة، وقد أكد لي الأطباء وقتها أن ما أعانيه أعراض معروفة وشائعة للاكتئاب، لكنني في ذلك الوقت لم أجد في ذلك ما يعزيني.

كنت أعتقد أنني مصاب بالقلق المفرط لا الاكتئاب، لكن الأطباء أكدوا لي أن المرضيْن متشابهان جداً، غير أني لم أقتنع، وبدأت أصاب بنوبات متكررة من الهلع، فقد أقنعت نفسي أن حالة قلبي تتدهور، وأنني مصاب بداء الباركنسون، لأن يدي ترتعشان بشدة، ولا تستطيعان حمل فنجان الشاي بثبات، ولاحظت أن إحدى قدمي أضعف من الأخرى، وقد وجد الأطباء وهناً في عضلات تلك القدم بالفعل، قد يرجع إلى حادث وقع لي في الماضي حينما كنت أقود دراجتي. لقد كنت أحاول إقناع الجميع أنني حالة

ميئوس منها، وكنت أتوتر إن لم يتفق الأطباء مع رأيي، وكانت أفكاري مشوشة ومنصبة فقط على حالتي، وبدا لي أن ذاكرتي تتداعى، وكنت أشعر أحياناً أن الزمن توقف من حولي، وبدأت أخشى أن أنتهي إلى الجنون، ولاسيما بعد عودة فكرة الانتحار مراراً وتكراراً، وكنت أتساءل أحياناً عن سبب وجودي في هذا المستشفى، لكنني أشعر بارتياح لوجودي فيه في الوقت ذاته.

شعرت ببعض التحسن بعد مرور عدة أسابيع، وبدأت أغادر المستشفى وحدي أحياناً للتنزه والعودة ثانية، وأخذت أشعر بالفرق بين ما كنت فيه وما أشعر به الآن، وفكرت في مغادرة المستشفى والعودة إلى البيت، لكني كنت خائفاً على حالة قلبي، وإن كنت سأضطر إلى استخدام أدوية جديدة للسيطرة على حالة عدم انتظام نبضات القلب التي أعاني منها، ومازلت أذكر أنني كنت دائماً أضع يدي اليمنى فوق رسغي الأيسر لقياس نبضي طوال النهار ومعظم الليل، وظللت على ترددي بين الخروج من المستشفى أو البقاء فيه حتى حدثت صدفة عجَّلت بخروجي، إذ حضر إلى المستشفى صديق قديم لي، وأقام في الغرفة ذاتها التي أقيم فيها، وكان شخيره يقلق كل من في الجناح النفسي، فقررت عندها أن أعود إلى البيت دون تردد.

زادت عودتي إلى البيت من أعباء زوجتي، إذ كنت أخشى البقاء وحدي ولو فترة قصيرة، فكانت تلازمني طوال الوقت، وتأخذني إلى جلسات العلاج المعرفي التي بدأتها بعد خروجي من المستشفى،

وقد أصبت بالرعب في الجلسة الأولى من العلاج عندما اقترحت المعالجة دواء جديداً منظماً لضربات القلب للسيطرة على حالتي، ولاسيما بعد أن علمت أن من أعراض الدواء الجانبية تغيير لون الجلد عند التعرض المباشر لأشعة الشمس، فاتصلت المعالجة بطبيبي الذي وافق على تأجيل علاج القلب، غير أنني استجمعت شجاعتي في اليوم التالي، وبدأت بتعاطي الدواء، لكنني كنت أغطي جسدي بالكامل كلما خرجت من البيت، وأطلي وجهي بطبقة كثيفة من واقيات الشمس مع أني كنت أسكن في لندن، وقد كان ذلك في أواخر شهر إبريل، ونادراً ما يرى سكان لندن الشمس في هذا الشهر.

اقترحت عليَّ المعالجة تمارين مكثفة للاسترخاء والتغلب على نوبات القلق المفرط، عبر تكرار قبض العضلات وبسطها حتى يزول القلق، وأخذت تؤكد لي أنني لن أصاب بالجنون محاولة التركيز على مخاوفي والأمور التي تحفز قلقي، وقد كان ذلك مفيداً بالفعل، مما دفعني إلى الوثوق بها وبما تقترحه عليَّ من آليات وأفكار للعلاج. لا بد لي أن أسجل إعجابي هنا بطرق العلاج المعرفي، التي تتوجه مباشرة إلى القضاء على الأفكار السلبية بعدة طرق، مقارنة بعلاج التحليل النفسي الذي يستغرق وقتاً طويلاً، باحثاً في نفسية المريض عن عدة شخصيات أخرى، الأنا، والهو، والأنا الأعلى، وكلها متضاربة مما يزيد الأمر سوءاً.

قدمت المعالجة لي نصيحة لا تقدر بثمن، تخص كيفية الدخول في

النوم، وتتلخص في شغل العقل بعمليات لا تتعلق بي مباشرة، مثل العد العكسي، أو عد الخراف، أما الطريقة الأكثر فاعلية بالنسبة إلي فكانت محاولة تذكر أسماء زملائي في الصف المدرسي حسب الترتيب الأبجدي، إذ كنت أغفو سريعاً بعد تذكر عدد قليل منهم، ولذلك بدأت بتقليل جرعات الحبوب المنومة التي كنت أتناولها بالتدريج، حتى توقفت عن تناولها تماماً بعد بضعة أسابيع.

قد يبدو العلاج المعرفي بسيطاً، ومعروفاً لبعضهم، بيد أني كنت في حاجة ماسة إليه، وأخذت أتحسن تدريجياً منذ بدأته حتى وصلت إلى محاولة حضور اجتماع مهم في عملي، وقد ساعدتني المعالجة في التغلب على الأفكار السلبية والمخاوف التي انتابتني قبل ذهابي إلى الاجتماع، وقد دارت حول خوفي من الاضطرار إلى المغادرة قبل انتهاء الاجتماع؟ ماذا سيقول زملائي عني؟ إلا أنني قررت في النهاية أن أحضر ذلك الاجتماع، بل إنني ذهبت إلى المكان راكباً دراجتي للمرة الأولى منذ أصبت بالاكتئاب، وقد سارت الأمور على خير ما يرام، وبقيت حتى انتهاء الاجتماع، مع أنني لم أسهم مساهمة فاعلة، وبالفعل كان حضور ذلك الاجتماع نقطة تحول واضحة في مسيرة علاجي.

لا بد أن أضيف نقطة تحول أخرى في طريق علاجي، ألا وهي المقابلة الإذاعية التي أجراها معي راديو «توداي- اليوم»، حول موضوع حمض dna في الخلية، فقد كانت المقابلة في السابعة والنصف صباحاً، وكانت تلك هي المرة الأولى التي أستيقظ فيها

مبكراً منذ شهور، وقد سارت المقابلة سيراً طبيعياً، بل كانت دافعاً قوياً لي إلى الاستمرار في العلاج حتى الشفاء التام.

لقد عدت إلى حياتي الطبيعية وعملي تدريجياً، وتخلل ذلك بعض الانتكاسات بالطبع، غير أني تجاوزتها مع مرور الوقت وبدأت أتوقف تدريجياً عن تعاطي الحبوب المنومة وكذلك العقاقير المضادة للاكتئاب. لقد كانت عودتي إلى العمل وحياتي الطبيعية معجزة بالنسبة إليَّ، فقد أحسست وكأني أعود إلى الحياة من جديد رغم إصابتي بالهوس فترة وجيزة قبل أن أتعافى تماماً، وأصبحت منذ ذلك الوقت شغوفاً بكل ما يتعلق بموضوع الاكتئاب.

لقد أسهمت مضادات الاكتئاب في شفائي بالقدر ذاته الذي أسهم فيه العلاج المعرفي، لذلك لا يمكنني أن أحدد أيهما الأهم لحالتي، غير أنها ليست سوى واحدة من آلاف حالات الاكتئاب في العالم، ولا يمكننا معرفة العلاج الأنسب إلا بإخضاعه للدليل العلمي الواضح.

تقع على الأطباء مسؤوليات جسيمة تجاه مرضاهم، فمعظم الأمراض العقلية صعبة التشخيص بداية، كما أن وصف الدواء المناسب ليس بالعملية السهلة كذلك، وهكذا فلا بد أن يظل الأطباء على صلة بأحدث التطورات والتجارب في مجال العلاجات والعقاقير المستحدثة، وهنا تبرز أهمية التجارب السريرية العشوائية التي تجري على الأدوية الجديدة قبل اعتمادها وطرحها للأطباء ومرضاهم. تقوم هذه التجارب على تقسيم عينات من المرضى

إلى فريقين بسرية تامة، دون معرفة الطبيب أو المريض، فتعطى المجموعة الأولى الدواء الجديد محل التجربة، وتظل المجموعة الثانية دون دواء وتسمى مجموعة التحكم، ولضمان السرية تعطى مجموعة التحكم دواء وهمياً أو ما يسمى «بلاسيبو».

لم تعرف التجارب السريرية العشوائية إلا في ثلاثينيات القرن التاسع عشر بعد أن أجرى بيير لوي في باريس تجارب رائدة أوضحت أن الحجامة القائمة على المبدأ القديم، عبر تقليل كمية أحد أخلاط الجسم الأربعة التي تتحكم في الحالة الذهنية والبدنية للإنسان، تضر المرضى في واقع الأمر ولا تنفعهم، وقد هوجم لوي هجوماً شديداً من المجتمع الطبي آنذاك، لأنه لم يأخذ الاختلافات الفردية بين الأشخاص بعين الاعتبار، وقد كانت الأعراف الطبية آنذاك تقتضي تلقي كل مريض علاجاً خاصاً يناسبه دون تعميم نجاعة العلاج أو عدمها على جميع المرضى، ولاتزال هذه الطريقة، التي لا تقوم على أساس علمي، متبعة حتى اليوم في الطب البديل. أما الاستثناء الوحيد في إجراء مثل هذه التجارب قبل محاولات بيير لوي، فقد كان عام 1747، عندما قام جيمس لند باختبار حمض الكبريت علاجاً لداء الإسقربوط، وأثبت فشله على الرغم من أنه كان العلاج المستخدم في وقتها، ولم يأت أحد على ذكر تجربة لند بعد ذلك لأكثر من مائة وخمسين عاماً لاحقة.

لقد تغيرت الأمور كثيراً الآن، فقد أجريت أكثر من مليون تجربة عشوائية على أدوية لمختلف الأمراض خلال الخمسين

عاماً الماضية، ومع ذلك لايزال الأطباء في حاجة إلى معلومات جديدة كل يوم، ليتمكنوا من أداء واجبهم على أكمل وجه. وتظهر الدراسات أن الطبيب قد يتخذ قرارات مختلفة بمعدل ثمانية قرارات يومياً لو أتيحت له المعلومات المناسبة، ومن المعروف أن الأطباء ليس لديهم متسع من الوقت للعودة إلى أمهات المراجع الطبية كل يوم، ومعظمها يحتاج إلى تحديث على كل حال، أما الدوريات الطبية فتمثل عقبة أخرى، نظراً لصعوبة وصول الأطباء إليها، وقد يقول قائل إن الحل يكمن في خضوع الأطباء لبرامج تدريبية لتحديث معلوماتهم، بيد أن تجربة عشوائية على الأطباء أثبتت فشل هذه الطريقة أيضاً.

لا يقتصر الهدف من علاج الاكتئاب على تحسين الحالة الذهنية للمريض وحالته العامة فحسب، وإنما يشمل أيضاً تحسين أدائه الاجتماعي، ومنع عودة الاكتئاب مرة أخرى، ويبقى التساؤل الأبرز، ما العلاج الناجع؟ وما الفئة المستهدفة منه؟ وتتبع ذلك أسئلة أخرى أكثر تحديداً مثل: هل توجد أدوية فعالة أكثر من غيرها؟ وما الأعراض الجانبية المحتملة؟ وكيف يختار الطبيب دواء بعينه لمريض ما؟ وهل العقاقير أكثر نجاعة من العلاج النفسي؟

تكمن الإجابة على جميع الأسئلة السابقة في التجارب السريرية، لكن الجميع يعرف أن هذا النوع من التجارب مكلف جداً ويتطلب ترتيبات محددة. فعلى سبيل المثال، لا يمكن إطلاع المرضى من عينيتي التجربة والتحكم على نوع الدواء الذي يتعاطونه، لضمان

تحييد انفعالاتهم وحالاتهم النفسية، وهناك أيضاً مسألة الحكم على نجاح دواء ما، وهو أمر شديد الصعوبة، ولاسيما بالنسبة إلى الاكتئاب، فهل نحكم على نجاح الدواء بغياب أعراض محددة؟ أم نستخدم مقاييس بيك أو هاملتون لقياس درجة الاكتئاب؟ وما الدرجة المناسبة على هذه المقاييس التي قد تؤثر على نجاح الدواء وفاعليته في تخفيف الاكتئاب؟

يستخدم الباحثون مصطلحات محددة لوصف مسيرة الاكتئاب، فقد تنتج عن العلاج استجابة فردية فيصبح المرض في حالة سكون. وإذا استمرت حالة السكون فترة من الزمن قد تصل إلى سنة، فيمكن أن نقول إن المريض وصل إلى مرحلة «الشفاء»، لكن إذا عاود الاكتئاب المريض في أثناء فترة السكون، فينعت ذلك بـ«الانتكاس»، تمييزاً لهذه الحالة عن «أوبة» الاكتئاب؛ أي عودة حالة الاكتئاب مرة أخرى بعد فترة من الشفاء. أما الاكتئاب «المزمن»، فهو الاكتئاب الذي يستمر سنتين على الأقل، ويصيب عادة زهاء 15٪ من المرضى.

لا بد أن يتبنى الأطباء موقفاً يستند إلى الدليل العلمي الصحيح في اختيار علاج الاكتئاب المناسب، إذ لا يكفي اعتماد الأطباء فاعليةَ دواء محدد على عدد من مرضاهم، ولا بد من السعي إلى المزيد من المعلومات حول الدواء، وتجربته على مجموعة من المرضى مقابل مجموعة التحكم وإلا فقد العلاج مصداقيته. ولو افترضنا جدلاً أن موضوع البحث عن علاج لنزلات البرد يستند إلى

إنشاد المرضى النشيد الوطني كل صباح قبل الإفطار، فإننا سنجد أن نسبة الشفاء مرتفعة جداً بعد عدة أيام، لكن هذا لا يعني أن الإنشاد هو العلاج الشافي لنزلات البرد، فلا بد أن تشمل التجربة مجموعة تحكم لا تنشد النشيد الوطني كل صباح، وربما تعافت هذه المجموعة على أي حال دون إنشاد.

هناك جانب آخر لا بد أن ننظر إليه في علاج مرض الاكتئاب وهو أن عدداً كبيراً من المرضى -قد يصل إلى 80٪- يشفى من الاكتئاب من تلقاء ذاته، دون الاستعانة بأي علاج، وقد يستغرق ذلك عاماً أو أكثر، لكنه شفاء حقيقي، أما تأثير العلاج الوهمي فهو أمر لا شك فيه، إذ إن مجرد إيمان المريض بفاعلية الدواء الذي يتعاطاه قد يعجل بشفائه، وإن كان ذلك الدواء وهمياً ولا يحتوي على أي مواد فعالة، كما يشفى بعض المرضى من مجرد زيارة الطبيب النفسي والتحدث معه، وتصل نسبة استجابة المرضى في هذه الحالة إلى 30٪ أو 40٪ أحياناً، وقد تختلط كل هذه العوامل مع بعضها، فيصعب تفريق أثر كل منها على حدة، مما يؤثر بالطبع في نتائج التجربة السريرية.

هناك عامل آخر يزيد عملية إجراء التجارب تعقيداً، وهو انسحاب بعض المرضى بعد بدء التجربة، إذ تظهر الإحصائيات أن ثلث عينة التجربة قد ينسحبون منها قبل انتهاء التجربة، بالإضافة إلى عدم التزام مرضى آخرين بتعليمات تناول الدواء بالدقة المطلوبة، وأخيراً فهناك تفسير نتائج التجربة وتقييم مصداقيتها،

وطريقة إجرائها، إذ ينحو بعض الباحثين إلى التحيز لآرائهم الخاصة فيما يتعلق بتفضيل العلاج النفسي أو العلاج بالعقاقير، مما يؤثر في تفسيرهم لنتائج التجربة السريرية.

ظهر في مراجعة عامة شملت سبعين دراسة عام 1993 استجابة ثلثي المرضى المساهمين في الدراسة للعقاقير المضادة للاكتئاب، في حين استجاب ثلثا المرضى للعلاج الوهمي، وهو أمر مذهل في حد ذاته، أما الجزء المحزن فهو أن ثلث المرضى الذين تناولوا مضادات الاكتئاب لم يستجيبوا على الإطلاق، كما أظهرت الدراسة أن المعايير المستخدمة في تقييم النتائج تؤثر تأثيراً واضحاً في نتائج التجربة، فلو استخدمنا معياراً يحدد مرور شهرين كاملين دون ظهور أي من أعراض الاكتئاب لدى المرضى، فإن نسبة الاستجابة للعلاج ستنخفض من ثلثي عدد المرضى إلى أكثر من الثلث بقليل فقط.

تظهر الدراسات عموماً أن المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً وأولئك الذين يتلقون علاجاً بالعقاقير يتساوون تقريباً في نسبة الاستجابة للعلاج، إلا في حالة الاكتئاب الشديد، إذ يستجيب المرضى استجابة أفضل للعقاقير، وقد كان ذلك واضحاً في دراسة ضخمة أجراها المعهد القومي للصحة العقلية في الولايات المتحدة لمقارنة نجاعة كل من العلاج المعرفي والعلاج التفاعلي والعقاقير المضادة للاكتئاب، وتعد هذه الدراسة الأفضل من نوعها، إذ ضمت ثلاثة مراكز أبحاث مختلفة، وأجريت على 239 مريضاً يعانون من درجات مختلفة من الاكتئاب، وكان 60٪ منهم مصابين

بالاكتئاب فترة تزيد على ستة أشهر، أما الآخرون فكانوا حديثي الإصابة.

قسم المرضى في عينة الدراسة تقسيماً عشوائياً إلى أربع مجموعات خضعت لأربعة أنواع من العلاج: المعرفي، والتفاعلي، ومضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات، والعلاج الوهمي. التقى المرضى الذين يتناولون العقاقير والعلاج الوهمي بالطبيب مدة عشرين دقيقة أسبوعياً لمناقشة حالتهم العامة وتأثير العقاقير عليهم؛ أي أنهم تلقوا الحد الأدنى من العلاج النفسي بالإضافة إلى العقاقير، أما المجموعتان الأخريان فقد تلقى المرضى فيهما علاجاً نفسياً مكثفاً ومنضبطاً طبقاً لطرق العلاج النفسي المعتمدة، وتم تسجيل جلسات العلاج، كما خضع جميع المرضى لتقييم شهري مدة أربعة أشهر، ثم خضعوا لتقييم آخر في الشهر السادس من التجربة، ثم في الشهر الثاني عشر، ثم في الشهر الثامن عشر من التجربة، واستخدم التقييم معايير معتمدة مثل مقياس بيك للاكتئاب.

ظهر تحسن ملحوظ على المرضى في المجموعات الأربع، بما فيها مجموعة العلاج الوهمي التي كان المرضى فيها يزورون الطبيب أسبوعياً مثل المرضى الآخرين. كما كانت نسبة الانسحاب من التجربة متساوية في المجموعات الأربع، فقد وصلت النسبة إلى انسحاب ثلث المرضى تقريباً في كل مجموعة قبل انتهاء التجربة، وظهرت حالات انتكاس واضحة بعد مرور ثمانية عشر شهراً على بدء التجربة، ولم تظهر الدراسة فرقاً واضحاً في نتائج العلاج بين

العلاج المعرفي والعلاج التفاعلي، وكان كلاهما فاعلاً، وأشارت بعض الأدلة إلى بدء مفعول الجلسات العلاجية بعد الجلسة الثامنة تقريباً، وهو وقت قصير دون شك.

تظهر التجارب اختلافات طفيفة في نتائج العلاج بين الأدوية والعلاج النفسي أحياناً، فقد يبدو عقار ما أفضل من غيره لعلاج الاكتئاب الشديد مثلاً، في حين يظهر علاج آخر فاعلية أوضح في علاج الاكتئاب الخفيف وهكذا، إلا أن الصورة العامة تبدو كما قال أحد الأطباء النفسيين، تشبه ما جاء على لسان دودو؛ إحدى شخصيات رواية «أليس في بلاد العجائب» بعد أن تابع سباقاً بين عدة شخصيات، فقال «لقد فاز جميع المتسابقين، ولا بد أن يحصل الجميع على جوائز». قد تقودنا نتائج التجارب السريرية إلى استنتاج واحد؛ أن لا فرق بين علاج وآخر في علاج الاكتئاب، إذ يتحسن نحو ثلثي المرضى سواء تلقوا علاجاً نفسياً أو استخدموا العقاقير المضادة للاكتئاب، وسيظل هناك دائماً ثلث المرضى الذين سيتحسنون دون أي علاج على الإطلاق، وفي النهاية تبقى القضية الأكثر إلحاحاً هي عدم وجود وسيلة موثوقة لوصف علاج محدد دون غيره للمصابين بالاكتئاب، إذ يبدو أن العلاج النفسي ومضادات الاكتئاب جميعاً تعمل على كسر الحلقة التي يعزز من خلالها الحزن والتفكير السلبي أحدهما الآخر.

لا مجال للشك في أن العقاقير المضادة للاكتئاب تخفف أعراض الاكتئاب في جميع مستوياته على المدى القصير، كما أنها تساعد في

تفادي عودة الاكتئاب مجدداً بعد الشفاء على المدى البعيد، ويقول أحد المرضى في هذا الصدد: «لقد خففت مضادات الاكتئاب من شعوري بالاكتئاب عندما استخدمتها، غير أنها تستغرق بعض الوقت لتبدأ عملها، ومع ذلك فهي تساعد المريض على المبادرة في علاج نفسه خطوة بخطوة».

قد تتشابه الأدوية المضادة للاكتئاب في مفعولها المخفف من حدة الاكتئاب، بيد أنها تختلف قطعاً في أعراضها الجانبية، ويعلق أحد المرضى على ذلك بقوله: «إن الأعراض الجانبية مدمرة، فإنا أشعر بالإرهاق والدوار طوال الوقت، وينطبق ذلك على معظم مضادات الاكتئاب، لكن مجموعة مثبطات امتصاص السيراتونين ssri تبدو أفضل قليلاً، إذ يتقبل المرضى أعراضها الجانبية أكثر من أعراض العقاقير الثلاثية الحلقات، ويتضح ذلك من خلال عدد المرضى الذين ينسحبون من التجارب السريرية قبل إتمامها، غير أنها باهظة الثمن مقارنة بالأدوية الأخرى. أما مثبطات أكسيداز أحادية الأمين، فإن مفعولها أقل نجاعة في الاكتئاب الحاد، ماعدا بعض الحالات الخاصة، وتبدو عشبة سانت جون مفيدة في الاكتئاب الخفيف والمتوسط، وأعراضها الجانبية أقل بكثير من الأدوية الأخرى. وأخيراً يحتاج العلاج بالعقاقير إلى تعزيز مفعوله بالعلاج النفسي، إذ إن مواظبة المريض على زيارة المعالج والعمل معه للوصول إلى النتائج المرجوة أمر لا بد منه في علاج الاكتئاب. وهناك موضوع آخر لا بد من الخوض فيه عند الحديث

عن مضادات الاكتئاب وهو نسبة تركيز العقار في جسم المريض، إذ تختلف هذه النسبة من مريض إلى آخر تبعاً لقدرة الخلايا على امتصاص الدواء، وكلما زاد تركيز الدواء في الخلايا كانت الاستجابة أفضل وأسرع، لكن ارتفاع التركيز فوق الحد المطلوب يؤدي إلى مفعول عكسي. ورغم أهمية الموضوع، فإن الأبحاث لاتزال قليلة في هذا المجال، ولا توجد أدلة مؤكدة على علاقة تركيز العقاقير في الدم بالاستجابة المرجوة للعلاج، وقد تستغرق الاستجابة للعلاج ثلاثة أسابيع بالنسبة إلى العقاقير الثلاثية الحلقات والعقاقير المثبطة لامتصاص السيراتونين ssri على وجه العموم، وتزداد المدة إلى ستة أسابيع عند استخدام عقاقير مثبطات أكسيداز أحادي الأمين، وقد يشعر بعض المرضى، أحياناً، بتحسن سريع خلافاً للأرقام التي ذكرناها، لكن معظم المرضى يحتاجون إلى نحو ثلاثة عشر أسبوعاً من العلاج للتغلب على أعراض الاكتئاب تماماً.

لا يوجد حتى الآن دليل قاطع على نجاح مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب عند الأطفال يماثل نجاحها في علاج البالغين، ولاسيما العقاقير الثلاثية الحلقات، أما العقاقير القائمة على مثبطات امتصاص السيراتونين ssri، فتعمل أحياناً في تخفيف حدة الاكتئاب مقارنة بالعلاج الوهمي، وقد ثبتت نجاعة العلاج المعرفي والعلاج التفاعلي في السيطرة على أعراض المرض، وفي المقابل استفاد كثير من المرضى من العلاج النفسي، إذ يؤكد أحد المرضى أنه تعلم استراتيجيات جديدة للتكيف، واكتسب نظرة

جديدة بناءة للحياة ساعدته على التصالح مع ذاته من خلال العلاج النفسي.

لا يعاني المرضى من آثار جانبية خطيرة للعلاج النفسي مقارنة بما يعانونه عند تناول مضادات الاكتئاب، إلا أن بعضهم لا يحبون العلاج النفسي ولا يستفيدون منه كما قال أحد المرضى ممن جربوا جلسات العلاج النفسي: «لقد تعلمت في النهاية أن العلاج النفسي لا يصلح لي على الإطلاق، فبدلاً من التغلب على الاكتئاب، اكتشفت أن لديَّ مشاكل أخرى لم أفكر بها يوماً، ألهمني إياها العلاج النفسي!» ويقول مريض آخر: «وجدت صعوبة بالغة في التعاطي مع جلسات العلاج النفسي، إذ تراكمت عليَّ المشاكل التي عانيت منها في الماضي، فكنت أخرج محطماً بعد كل جلسة علاج، لذلك لا بد من تحويل المرضى الذين لا يتجاوبون مع العلاج النفسي بعد ستة أسابيع إلى تناول العقاقير المضادة للاكتئاب، كما ينصح بالعقاقير فضلاً عن العلاج النفسي لمساعدة المرضى المصابين بالاكتئاب الحاد، ولا بد أيضاً من أخذ رغبة المريض بعين الاعتبار فيما يتعلق بنوع العلاج الذي يفضله».

تثبت تجارب العلاج النفسي مرة بعد أخرى صحة نظرية دودو بطل رواية «أليس في بلاد العجائب»، إذ نجد نتائج مرضية للعلاج النفسي حتى في طريقة «النقيض المكافئ»، حين يكون المريض والمعالج على طرفي النقيض في مرحلة العلاج، وتكمن مهارة المعالج النفسي في جذب المريض للتفاعل معه خلال جلسة

العلاج بغض النظر عن طبيعة التفاعل، ثم يبحث المعالج عن أفضل الطرق وأنسبها لتكوين (حلف علاجي) بينه وبين المريض ضد الاكتئاب، فيصلا معاً إلى النتائج المطلوبة. وهناك أدلة أخرى تشير إلى استفادة بعض المرضى من مجرد قراءة الكتب التي تقدم طرق العلاج، وتطبيق هذه الطرق ذاتياً دون مساعدة من معالج مختص، ونستثني من تلك الطرق طرق العلاج النفسي التحليلي التي لم تثبت نجاعتها حتى الآن في علاج الاكتئاب.

يصف الأطباء العقار القائم على مادة الليثيوم لعلاج الاكتئاب الهوسي، أما نسبة نجاح العلاج فتماثل تقريباً نسبة النجاح في العقاقير الأخرى وتصل من 20٪ إلى 30٪ مقارنة بالمرضى الذين تعاطوا علاجاً وهمياً في مجموعة التحكم، ويعلق أحد المرضى على علاجه بالليثيوم قائلاً: «لم أعد أشعر بالاضطراب كما في السابق، بعد أن واظبت على تعاطي الليثيوم، وساعدني على استرجاع توازني الذهني»، لكن هذا الرضا لا ينطبق على جميع المرضى، إذ يؤكد مريض آخر أنه لم يستفد مطلقاً من العلاج: «الليثيوم عقار، وأنا أكره العقاقير، وأشعر أنني مكبل بتعاطيه، لكنه الخيار الوحيد أمامي»، ولا بد أن نتذكر هنا أن بعض المرضى يتوقفون عن تعاطي الليثيوم بعد فترة من الزمن، لأنهم يحنون إلى الحالات الهوسية التي تمنحهم شعوراً بالخفة والنشوة، لذلك فهم يشعرون وكأنهم مقيدون بتعاطي الدواء، كما أثبتت التجارب أن مرضى الاكتئاب الهوسي يتجاوبون مع مضادات الاكتئاب والعلاج المعرفي وإن

كان بدرجة أقل.

يعرف كل من أصيب بالاكتئاب في السابق أن عودته ممكنة جداً، وكأن غيمة سوداء تلاحق المرء، وتنتظر الوقت المناسب لتهبط عليه، وقد كنت شخصياً واعياً جداً لأي بادرة من بوادر الاكتئاب، وكنت أحاول جاداً التغلب على مشاعر القلق والخوف من سيطرة الاكتئاب على حياتي من جديد، فكنت أمارس الرياضة بانتظام ولاسيما رياضة الجري، وحرصت على شغل نفسي بالعمل معظم الوقت، لكن زوجتي توفيت بالسرطان بعد عامين من شفائي من نوبة الاكتئاب، وأخذت أحس وقتها أنني أنحدر شيئاً فشيئاً إلى تلك الحفرة المظلمة التي طالما حاولت تفاديها، مما أدى إلى تراكم قلقي، واعتمدت على ابنتي التي كانت تشجعني بقولها إن ما أعاني منه أعراض طبيعية للحزن والحداد وليست أعراض الاكتئاب.

يعد الانتكاس في أثناء العلاج وعودة الاكتئاب لاحقاً مشاكل جوهرية بالنسبة إلى مرضى الاكتئاب، إذ ينتكس ربع المرضى خلال عام واحد من العلاج، ويسقط ثلاثة أرباع المرضى فريسة للاكتئاب مجدداً، خلال عشرة أعوام من إصابتهم أول مرة، ولا ينجو من ذلك سوى شخص من بين كل عشرة أشخاص يصابون بالاكتئاب، لذلك فإن الإصابة بحالة الاكتئاب الأولى تحمل دلالات أخطر مما نتصور، إذ قد تكون مؤشراً على معاناة متكررة تمتد حتى آخر العمر، وكما رأينا سابقاً يساعد العلاج المعرفي والعلاج التفاعلي

على شفاء المريض من الاكتئاب على المدى القصير فقط لا على المدى البعيد، وبذا تبقى العقاقير الضامن الأفضل للوقاية من عودة الاكتئاب إذا تعاطاها المريض فترة تتجاوز العام، ولا مانع من تزامنها مع العلاج النفسي لتعزيز مفعولها.

كلما زادت حدة نوبة الاكتئاب في المرة الأولى، ازدادت احتمالية عودة الاكتئاب مرة أخرى بعد الشفاء، وقد يكون من المفيد استكمال العلاج حتى اختفاء جميع أعراض الاكتئاب أو معظمها على الأقل، فقد أثبتت الإحصائيات أن المرضى الذين ينقطعون عن العلاج قبل أن يتعافوا تماماً معرضون لعودة الاكتئاب أكثر من غيرهم، لذلك فلا بد من المداومة على العلاج النفسي والعقاقير مدة لا تقل عن ستة أشهر من تاريخ الإصابة بنوبة الاكتئاب للمرة الأولى. وبالإضافة إلى كل ذلك، هناك أيضاً خطورة الانتحار، إذ ينتحر زهاء 10٪ إلى 15٪ من المصابين بالاكتئاب في نهاية المطاف، ويحاول ضعف هذه النسبة من المرضى الانتحار في فترات الإصابة بالاكتئاب.

أخيراً، تظل هناك دائماً نسبة 20٪ من مرضى الاكتئاب، الذين لا يستجيبون للعلاج الملائم، ويصنف هؤلاء أنهم يعانون من اكتئاب مستعص، لأنه يقاوم دورتين متتاليتين من العلاج بالعقاقير باستخدام عقارين مختلفين، وقد يعكس ذلك عدم كفاية الجرعات الموصوفة أو قصر فترة العلاج. ثمة أيضاً صعوبة في تقييم نجاعة العلاج، تنبع من نقص المعايير المناسبة لتسجيل تراجع أعراض الاكتئاب بدقة، وإن وجدت المعايير فإنها لا تعبر عن الفرق في

الأعراض بين أنواع الاكتئاب المختلفة، لكن هبوطاً بمقدار نصف درجة على مقياس هاملتون للاكتئاب يعد استجابة جيدة بالنسبة إلى المصاب بالاكتئاب المتوسط أو الخفيف. أما المرضى المصابون بالاكتئاب الحاد، فإن التحسن بنصف درجة على المقياس لا يعني الشيء الكثير مقارنة بالأعراض الحادة التي يشعرون بها، وقد يستفيد المريض أحياناً من تغيير نوع الدواء الذي يتعاطاه، فإذا لم تفلح الأدوية الثلاثية الحلقات أو مثبطات امتصاص السيراتونين، فإن مثبطات أكسيداز أحادي الأمين قد تفلح في تخفيف أعراض الاكتئاب. أما الخلط بين عقارين في الوقت ذاته، فقد يعرض المريض لأعراض التداخل الدوائي بينهما. ويمكن لعقار الليثيوم أن يساعد في حالات الاكتئاب المستعصي بإضافته إلى مضادات الاكتئاب التي يتعاطاها المريض، وقد ثبتت نجاعته في زهاء نصف الحالات التي خضعت للتجربة، إلا أن مفعوله لا يظهر إلا بعد مرور نحو ستة أسابيع على تعاطيه، كما يستعين الأطباء أحياناً بالمواد المنشطة (الستيرويد) في التغلب على الاكتئاب المستعصي.

قد يضطر الأطباء في نهاية الأمر للجوء إلى الجراحة أو الصدمات الكهربائية، إذا لم يتجاوب المريض مع طرق العلاج الأخرى، ولاسيما إذا حاول المريض الانتحار أو كان مصاباً باكتئاب مستعص، وقد ثبتت دون شك نجاعة العلاج الكهربائي في تخفيف الاضطرابات المزاجية الاكتئابية عموماً، وطبق هذا العلاج على أربعين ألف مريض في الولايات المتحدة عام 1995،

وتلقى عدد مماثل من المرضى علاجاً جراحياً في الولايات المتحدة كذلك. أما في السويد، فيأتي العلاج الكهربائي في مقدمة علاجات الاكتئاب، نظراً لقلة الأعراض الجانبية وسرعة نتائجه، أما سلبيته الوحيدة فهي تكرار الانتكاس على فترات متقاربة، ومع ذلك فإنه يعالج سريعاً كل الهلاوس التي قد يعاني منها مريض الاكتئاب الهوسي، ويؤثر إيجاباً في إعادة التناسق الحركي لدى المريض، وكلها من الأعراض التي تدفع الطبيب إلى التوصية بالعلاج الكهربائي.

وبالنظر إلى الحل الجراحي فهو حل يلجأ إليه الأطباء أحياناً بعد استنفاد الحلول الأخرى، لكن التقييم الحقيقي لنجاعة هذا الحل صعب جداً، نظراً لغياب عينة التحكم في التجارب السريرية، إذ لا يمكن من زاوية أخلاقية حرمان مريض يعاني بشدة من فرصة العلاج، لمجرد ضمان سير التجربة العلمية، ويبقى عدد المرضى الذين يتعالجون بالجراحة قليلاً جداً مقارنة بطرق العلاج الأخرى.

تقول اليزابيث وارتزل بعد أن عولجت من الاكتئاب باستخدام عقار البروزاك: «لا أعتقد في قرارة نفسي أن البروزاك علاج رائع، مع أنني لا أنكر أنه قد يكون المعجزة التي أنقذتني من الوقوع بقية حياتي رهينة لمرض الاكتئاب، فهو بالنسبة إلى الكثيرين ممن يعانون هذا المرض عطية من السماء، غير أني، وبعد أن تعاطيت العقار ست سنوات، أصبحت أعلم أن البروزاك بداية الطريق وليس نهايته، فالصحة العقلية عالم معقد لا يتوقف على حبة اخترعها بشر، مهما كانت فاعليتها».

الفصل الثالث عشر

رحلة إلى الشرق

لاحظنا في هذا البحث توجهاً لفرض طرق التشخيص الغربية للأمراض العقلية على الثقافات المختلفة التي تختلف تقاليدها وطرائق التفكير فيها عن السائد منها في الغرب (كما رأينا في الفصل الرابع)، وقد لمسنا أن علماء الأنثروبولوجيا الطبية يعتقدون أن الاكتئاب لا ينعكس في صورة الحزن واليأس والشعور بالذنب في الثقافات الأخرى، وإنما يتجسد في أعراض بدنية مثل الصداع والآم المعدة، بيد أني لا أعتقد شخصياً بذلك، ومازلت أؤمن أن الاكتئاب له أسس بيولوجية مشتركة في جميع الثقافات، لذلك عزمت على التوجه نحو الشرق، لأطلع بنفسي على ما يفعله الأطباء النفسيون هناك، وإن كانوا يعتقدون بوجود قواسم مشتركة للاكتئاب في كل مكان، وإن كانت لديهم طرق مختلفة لعلاجه عما لدينا في الغرب.

يعمل الدكتور ساكسينا طبيباً نفسياً في مستشفى ضخم في مدينة دلهي في الهند، ويضم المستشفى معهداً للأبحاث وكلية الطب في جامعة دلهي، ويقدم القسم النفسي في المستشفى خدماته الطبية

لزهاء ستة آلاف مريض يومياً يؤمون العيادات الخارجية مقابل مبلغ عشر روبيات (ما يعادل 15 بنساً أمريكياً) للزيارة الأولى، ويعفى الفقراء من هذا المبلغ ويتعالجون مجاناً، ويقول ساكسينا إن 40٪ من مرضى العيادات الخارجية يعانون من صورة من صور الاكتئاب. يستخدم الأطباء المعايير ذاتها التي يستخدمها الأطباء الغربيون، مع الأخذ بعين الاعتبار زيادة الأعراض البدنية (الجسدية) مثل الشعور بارتفاع حرارة الجلد أو آلام المعدة، ويعتمد الأطباء على مضادات الاكتئاب في علاج مرضاهم، ولاسيما الأدوية الثلاثية الحلقات مثل أمبرامين، دون اللجوء إلى أي نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يعوضه الدعم العائلي الذي يتلقاه مرضى الاكتئاب في الهند في أثناء فترة العلاج. فإذا أدخل مريض إلى المستشفى، فلا بد أن يرافقه أحد أفراد عائلته طوال فترة إقامته حتى يتعافى تماماً، مما يوفر للمريض فرصة أكبر للرعاية والاهتمام، كما يتيح لأفراد العائلة الفرصة لفهم المرض والتعرف عليه عن كثب. وإذا علمنا أن العلاقات العائلية عادة ما تكون السبب المباشر في الاكتئاب في الهند، وجب إشراك أفراد العائلة في علاج المريض، ولاسيما فيما يتعلق بالوصمة الاجتماعية التي تصاحب مرض الاكتئاب، ويعاني منها المريض وعائلته.

تقفز أحداث الحياة المزمنة إلى أعلى درجة في سلم الأسباب المؤدية للاكتئاب في الهند، بل إنها أكثر أهمية من الخطوب المؤلمة مثل الوفاة أو الفقد، إذ تتقبل الثقافة الهندية الموت بطريقة طبيعية، دون

أن يؤثر الحداد تأثيراً طويل الأمد على المقربين من المتوفى، خلافاً لما يحدث في الثقافة الغربية.

يعد العلاج الكهربائي طريقة آمنة للعلاج في الهند، ويستخدمه الأطباء إذا فشلت وسائل العلاج الأخرى، أو إذا كان المريض يفكر في الانتحار، وهو أمر شائع بين المرضى الذين لا يتلقون أي علاج. كما يتاح لمرضى الاكتئاب في الهند العلاج بالأعشاب الطبية والعلاج الروحي، إذ يلعب الدين دوراً حيوياً في حياة الأفراد، ويؤثر على رؤيتهم وفهمهم للمرض، ويسلم الكثير من المرضى بفكرة القدر، ويعتقدون أنهم وإن كانوا يعانون معاناة شديدة في الاكتئاب، فهي إرادة الله وعليهم قبولها، ومن ثم فهم لا يشعرون بالذنب تجاه مرضهم وهو أمر جيد، لذلك يحترم الأطباء النفسيون رغبة مرضاهم في تجربة علاجات تقليدية أو روحية، لمعرفتهم أنها جزء من الثقافة المتجذرة، وقد تصب في مصلحة المريض في النهاية. أخيراً، لا يوجد مصطلح في اللغة الهندية يقابل مصطلح الاكتئاب، لكن هناك بالطبع كلمات تصف الشعور بالحزن وهبوط الروح المعنوية.

يرى الدكتور راجورام من المعهد الوطني للصحة العقلية في مدينة بنغالور أن الاكتئاب مرض عالمي يصيب الأفراد من جميع الثقافات، وبينما تتركز الأبحاث في بلد مثل الهند على الأعراض الجسدية للاكتئاب، فإنها تتجاهل انتشار هذه الأعراض في الغرب أيضاً، ويضيف أن الاكتئاب حسب اعتقاده ما هو إلا حالة حادة

من الحزن، ويؤكد أن الأدب الهندي يقدم وصفاً تفصيلياً لهذه الحالة، إلا أن الحزن الحاد لا يعد مرضاً بالمعنى الطبي في الهند، وغالباً ما يتم علاجه تقليدياً، إذ غالباً ما يعزو المريض إصابته بالحزن الشديد إلى القضاء والقدر، ولا يذهب لاستشارة الطبيب إلا إذا تطور الحزن إلى حالة تعيق الشخص عن مواصلة حياته الطبيعية، وعادة ما يراقب المريض حالته بقلق بعد شفائه من حالة الاكتئاب، توقعاً لعودة المرض مرة أخرى، لكن ذلك القلق قد يؤدي إلى نتائج إيجابية في النهاية، لأنه يحث المريض وعائلته على متابعة أي أعراض جديدة متابعة حثيثة، والسعي لعلاجها قبل تفاقمها.

لقد فوجئت بالشبه الكبير بين الأعراض الجسدية للاكتئاب في الهند ومثيلاتها في تركيا والبيرو، حيث خبرت بعض الحالات في أثناء زيارتي لتلك البلدان، فقد أخبرني أحد الأطباء النفسيين في مدينة ليما أن مرضى الاكتئاب هناك عادة ما يشكون من آلام المعدة بالدرجة الأولى، ويراجعون عدداً من الأطباء والمعالجين التقليديين بحثاً عن العلاج، لكنهم نادراً ما يتوجهون إلى الأطباء النفسيين، أما إذا زاروا الطبيب النفسي بالفعل، فإنهم يتلقون علاجاً بالعقاقير المضادة للاكتئاب، فتختفي الأعراض التي يعانون منها. لكن المرضى في البيرو مثل المرضى في الهند لا يحبون وصفهم بالمكتئبين، ويتجنبون الإعلان عن مرضهم.

يعتقد الدكتور كابور من المعهد القومي للدراسات المتقدمة

في بنغالور أن لدى الهند من المخزون الثقافي والحضاري ما يكفي لتقديم علاجات للشفاء من الاكتئاب، دون انتظار العلاج الغربي، وقد أدهشني تصريحه أنه يستخدم اليوغا في علاج مرضاه من الاكتئاب، حين صرح بذلك أثناء زياراتي له في بيته الصغير والمريح قرب المستشفى.

اكتسب الدكتور كابور خبرة كبيرة من خلال عمله في المناطق الريفية حيث يعيش الأفراد حياة بسيطة، ولايزال الكثير منهم ينتسبون إلى أمهاتهم ولم يتحولوا بعد إلى نسب الأب تبعاً للسياسة الرسمية في البلاد، ويعاني الفلاحون من الأمية المنتشرة انتشاراً واسعاً في الريف الهندي، ومع ذلك فإن هؤلاء الأميين يمتلكون قدرة لغوية جيدة للتعبير عن مشاعرهم وأحزانهم، لكنهم لا يتوجهون بهذا التعبير إلى الأطباء، بل يفضلون التعامل مع المعالجين الروحانيين المحليين، إذ يقدم المعالج الروحاني في القرية استشارات مختلفة للأهالي تمس جميع جوانب حياتهم، بما في ذلك الحالة الصحية لحيواناتهم، لذلك يعتقد الدكتور كابور أن المعالجين الروحانيين يعالجون على الأقل نصف حالات الاكتئاب في المناطق الريفية، ويؤكد أن مشاعر الحزن والقلق التي يثيرها الاكتئاب هي مشاعر كونية مشتركة في جميع الثقافات، كما يؤمن بوجود أسباب بيولوجية ووراثية تسهم في الإصابة بالاكتئاب، إلا أنه لا يرى فائدة تذكر منها طالما أنها لا تسهم في علاج المرضى.

قرر الدكتور كابور أن يبحث في اليوغا وأثرها في علاج

الاكتئاب، واختار أن يتفرغ عاماً كاملاً لتعلم اليوغا واختبار أثرها على الصحة الذهنية، فتقدم بطلب منحة من مجلس البحث الطبي الهندي للتفرغ لهذا البحث، وهو أمر قد لا يحدث في أي مجتمع طبي غربي. لقد تعلم الدكتور كابور من خلال اليوغا الوصول إلى الصفاء الذهني، والهدوء النفسي، كما وجد أنه كان ينام ساعات أطول وأعمق، ويأكل أقل مما كان يفعل قبل ممارسة اليوغا، واستطاع السيطرة على الكثير من انفعالاته، ناهيك عن فوائد التنفس الصحيح الذي تعلم تقنياته، وهو يستخدمها الآن في علاج مرضاه المصابين بالاكتئاب. أما المصابون بالقلق المفرط، فيوجههم إلى التدريب على التأمل، الذي يرى فيه العلاج الأمثل للقلق.

توجهت بعد ذلك إلى طوكيو حيث قابلت الدكتور يوتاكا أونو، الذي يعتقد أن فقدان التفاعل الداخلي لدى المريض هو المسبب للاكتئاب، كما أوضح لي أن معظم مرضاه يعانون من أعراض جسدية تتمثل في الصداع وآلام المعدة، لكنهم يتحسنون بعد استخدام مضادات الاكتئاب المعروفة التي لا يتردد دكتور أونو في وصفها لمرضاه رغم صعوبة وجود بعضها في اليابان مثل عقار البروزاك، وذلك لأن القوانين اليابانية تتشدد في السماح للأدوية الأجنبية في دخول البلاد، كما أضاف أن الاكتئاب مصحوب بوصمة اجتماعية في اليابان كذلك، مما يخجل المريض وعائلته.

يستخدم الدكتور أونو علاجاً نفسياً قائماً على الديانة البوذية،

ذلك أنه يجمع بين العلاج النفسي وفلسفة الزن في البوذية، بهدف خلق توقعات إيجابية بالتزامن مع العلاج النفسي لتصحيح التجربة الانفعالية، ويتم ذلك خلال جلسة علاج لا تتجاوز خمس عشرة دقيقة كل مرة، بسبب كثرة أعداد المرضى الذين يؤمون عيادة الدكتور أونو، الذي يستلهم طقوس تقديم الشاي في اليابان ويعكسها في طريقة عمله مع المرضى، إذ على المضيف الياباني أن يبذل كل جهده في إسعاد ضيفه وكأنه يزوره للمرة الأخيرة، وكذلك الطبيب النفسي، فهو يعمل بجهد للتواصل السليم مع مريضه خلال جلسة العلاج، ويقوم لاحقاً بتأمل نتائج مريضه بهدوء بعد خروجه وقبل أن يستقبل مريضاً آخر.

تعتمد فلسفة الزن في جزء كبير منها على حكمة الصمت، ويستعمل المعالجون اليابانيون هذه الحكمة في التواصل مع مرضاهم، إذ يؤمن البوذيون أن الصمت كان دوماً موجوداً وممتداً من الماضي إلى المستقبل، وهو وسيلة الاتصال التي نحيا خلالها، ويحمل في طياته تغييرات داخلية غير لفظية، كما تؤكد فلسفة الزن، تمكن الذات من التغلب على الضعف واليأس، وهكذا فالمعلم لا يعلم أحداً، بل يساعد غيره على التعلم، لكن يمكن للمعالج أن يقترح على المريض بعض الوسائل مثل محاولة التواصل مع أمه قبل أن يتخلق في رحمها، ولا يتولى المعالج تفسير مشاعر المريض وخيالاته على الإطلاق، بل يحترمها ويساعده على فهمها، ولاسيما مشاعر الضيق والحزن، كما يعلم الطبيب الياباني أن أفكار فلسفة

الزن تتشابه في بعض جوانبها مع مفاهيم العلاج المعرفي الغربي، ويمكن تنفيذ هذه الأفكار في جلسات سريعة لا تتعدى خمس عشرة دقيقة بين المعالج ومريضه، وهي بلا شك فكرة اقتصادية جداً، كما أنها تحول دون نشوء علاقة مكثفة بين المريض والمعالج.

لقد قابلت في اليابان عدداً من الأطباء النفسيين الذين مارسوا المهنة في بريطانيا أو الولايات المتحدة، ومنهم الدكتور كيتامورا، الذي يعتقد أن تشخيص الاكتئاب في اليابان لا يختلف كثيراً عن تشخيصه في بريطانيا، إلا أن 90٪ من مرضى الاكتئاب في اليابان لا يراجعون الطبيب ربما، بسبب الوصمة الاجتماعية الملحقة بالمرض، كما يرى أن خبراء الطب النفسي في اليابان لا يهتمون كثيراً باضطرابات الاكتئاب، مقارنة بالاهتمام الذي يلقاه مرضى انفصام الشخصية مثلاً، ويضيف الدكتور كيتامورا أن نسبة الإصابة بالاكتئاب انخفضت كثيراً خلال الحرب، وكذلك نسبة حالات الانتحار، إذ إن اليابانيين كانوا مشغولين بآثار الحرب أكثر من أي شيء آخر، لكن النسبة عادت للارتفاع بعد الحرب، وقد يعود ذلك إلى إدراك اليابانيين أن الإمبراطور لم يعد إلهاً كما كانوا يعتقدون.

تنخفض نسبة الإصابة بالاكتئاب انخفاضاً ملحوظاً في الشرق عن مثيلتها في الدول الغربية، ويفسر الدكتور شين من هونج كونج هذا الانخفاض بالاعتماد على خصوصية الثقافة الصينية حيث تسود فلسفة كونفشيوس المبنية على القبول بالقضاء والقدر،

ويضيف أن العائلة الصينية تلعب دوراً أكبر في دعم أبنائها مقارنة بالعائلة الغربية، إذ لا يتحرج بعض الأبناء من مواصلة السكن مع عائلاتهم حتى بعد الزواج، فالمجتمع لا يرى في الاعتماد على العائلة عيباً أو حرجاً، بل على العكس من ذلك يرى الدكتور شين أن الانفصال عن العائلة قد يسبب الاكتئاب، ويكون العلاج بإعادة المريض إلى حضن العائلة من جديد حيث تصبح خطوب الحياة أخف وطأة بمشاركتها مع من حوله.

أما مضادات الاكتئاب مثل البروزاك فلا تستخدم في الصين إلا لعلاج الحالات الحادة من الاكتئاب، ويستخدم العلاج الكهربائي لمساعدة المرضى الذين يحاولون الانتحار. وبينما تنخفض نسبة الإصابة بالاكتئاب في الصين، ترتفع نسبة الإصابة بالقلق الذي قد يعود في الغالب إلى الضغوط العائلية والتوتر الذي ينشأ بين أفراد العائلة الواحدة، أو بين العائلات المختلفة. أما أفضل الحلول لتجنب الاكتئاب من وجهة نظر الدكتور شين، فهو المحافظة على التقاليد والقيم الصينية.

تعاني الأمهات الصينيات من اكتئاب ما بعد الولادة، وتقول إحدى الأمهات عن تجربتها: «لم أستطع أن أحب ابنتي الثانية، فكنت مثل جذع شجرة منسي، تتلاطمه أمواج المحيط، محاولةً قدر الإمكان أن أطفو على السطح»، ومع ذلك فإن نسبة الاصابة باكتئاب ما بعد الولادة لا تتجاوز 4٪ في هونج كونج حسب الإحصائيات هناك، مقارنة بنسبة 10٪ في الدول الغربية، وقد

ترجع هذه النسبة المنخفضة مرة أخرى إلى الدعم العائلي الذي تتلقاه الأم بعد الولادة، وهناك تقليد شائع ومتبع في الصين يقضي بقدوم الأهل والأصدقاء إلى منزل الأم حديثة الولادة مدة شهر كامل، لمساعدتها في شؤون المنزل والتخفيف من الأعباء الملقاة على كاهلها، بعد قدوم الطفل الجديد.

قمت أثناء جولتي في الصين بزيارة مستشفى الأمراض العقلية في بكين، الواقع خارج المدينة، للتعرف على معهد الطب النفسي الموجود داخل المستشفى، وهناك أيضاً مجموعة من العيادات الخارجية التابعة للمعهد في وسط المدينة حيث يتمكن المرضى من مراجعة الأطباء، ويقوم هؤلاء بتحويلهم إلى المستشفى إذا لزم الأمر، وقد أثار المستشفى إعجابي بالفعل لتنظيمه وحسن جاهزيته لخدمة المرضى، إذ يحتوي على عدة مكتبات، وغرفة تدريب مجهزة بأحدث الأجهزة الرياضية، وقاعة مغطاة بالمرايا يمارس فيها المرضى أنواعاً من الرقص ضمن خطة علاجية.

لا يتَّبع تشخيص الاكتئاب في الصين المقاييس الغربية، إذ لا تندرج معظم أعراض المرض ضمن هذه المقاييس، بل إن معظمها أعراض جسدية تتلخص في الإحساس بالصداع وآلام الظهر وفقدان الشهية، مما يتناسب مع نظريات الطب النفسي الأنثروبولوجي، التي تؤكد جسدنة أعراض الاكتئاب في الصين، وقد يعود ذلك إلى تردد الصينيين في الحديث عن مشاعرهم، لأن ذلك يتنافى مع اللياقة في الثقافة الصينية. وهكذا، فمن الأسهل

على المريض أن يشكو الصداع مثلاً بدلاً من الحديث عن مشاعر بعينها في مجتمع لا يعترف كثيراً بالمشاكل الانفعالية، ولا أحد في الصين يسأل زميله في العمل مثلاً كيف يشعر اليوم.

تعرفت في اليابان إلى نوع مختلف من العلاج النفسي واسمه «علاج موريتا»، ويستخدم لعلاج اضطرابات القلق بالدرجة الأولى، لكنه يصلح أيضاً لعلاج الاكتئاب، ولا يتضمن هذا العلاج تعليماً محدداً، لكنه يتيح للمريض فرصة التعرف إلى مرضه عن كثب، باتباع نظام صارم يدوم شهراً أو شهرين ويمر بأربع مراحل، تستغرق المرحلة الأولى منها عشرة أيام يقضيها المريض في السرير دون أن يتحدث إلى أحد أو يشاهد التلفاز، ويسمح له فقط باستلام الوجبات الغذائية والذهاب إلى الحمام، ويرسل له الطبيب ملاحظات مكتوبة دون أن يتحدث معه، وكل ما عليه فعله كتابه ما يشعر به كل يوم خلال ساعة كاملة يخصصها يومياً لهذا الغرض. ينتقل المريض بعد ذلك إلى المرحلة الثانية حين يسمح له بمغادرة السرير والقيام بأعمال خفيفة في الحديقة أو فناء المستشفى، ويمكنه التحدث قليلاً مع الآخرين، لكن لا يسمح له بمناقشة مرضه مع أي أحد خلال هذه المرحلة. وتتضمن المرحلة الثالثة أعمالاً أصعب لمدة أسبوع أو اثنين، ينتقل المريض بعدها إلى المرحلة الأخيرة وهي مرحلة إعادة التأهيل، حين يتهيأ إلى العودة من جديد لحياته الطبيعية في منزله وعمله، ويرى أنصار هذا العلاج أنه علاج يتبع إيقاع الطبيعة، لذلك فهو يناسب جميع

المرضى ويلقى استحسانهم.

لا بد من الحديث عن علاج الوخز بالإبر، مادمنا نتجول في الصين، وهو علاج يقدم على جلسات تدوم كل منها ثلاثين دقيقة، وليست له أي أعراض جانبية تذكر، لذلك فقد تعرض المجتمع الطبي الأمريكي لبعض الانتقادات حين رفض الأخذ بهذا العلاج الصيني، ويدافع بعض الأطباء النفسيين عن نجاعة هذا العلاج بقوة، لأنهم يعتقدون أن الاكتئاب ما هو إلا خلل في توازن الناقلات العصبية يمكن تعديله بالوخز بالإبر في جلسات لا تخلف آثاراً جانبية.

لا يرى المعالجون الصينيون فائدة تذكر في الفلسفة البوذية لعلاج الاكتئاب، إلا أنهم يعتقدون أن الفلسفة الطاوية تقدم مبادىء مفيدة للوقاية من الاكتئاب، فالطاوية تساعد الفرد على تغيير نظرته للعالم من حوله من خلال رؤيته للعلاقات الجدلية بين الأشياء، ويعد مثال الشاي الساخن رمزاً للتناغم والحلول الوسطية في هذه الفلسفة، فإذا شربت شاياً ساخناً ولسعت لسانك، على من يقع اللوم؟ عليك أم على الشاي؟

الإجابة الواقعية بالطبع هي: عليك أن تنتظر حتى يبرد الشاي قبل أن تشربه، فالحلول الوسط هي دائماً الأفضل في هذه الفلسفة.

تعرفت في الصين كذلك على ما يسمى بالانتحار العقلاني، يقترفه في العادة أولئك الذين دمرت الثورة الثقافية حياتهم، ولم تبق لهم شيئاً من الكرامة، فكان الانتحار خياراً عقلانياً بالنسبة إليهم،

وليس نتيجة الإصابة بالاكتئاب. كذلك الحال لنسبة ملحوظة من القرويات في الريف الصيني، إذ تدفعهن ظروف الحياة الصعبة إلى تفضيل الموت على حياتهن البائسة، فيكون قرارهن بالانتحار خياراً عقلانياً واعياً لا يتعلق بالاكتئاب.

لقد أكدت رحلتي إلى الشرق قناعاتي السابقة بالعلاقة الوثيقة بين الاكتئاب والحزن الناتج عن فقد شخص أو شيء ما، مثل انهيار علاقة مهمة أو فقدان وظيفة أو مكانة اجتماعية تعني الكثير لصاحبها، وتزيد العوامل الجينية من إمكانية تعرض شخص بعينه للاكتئاب، ثم علاجه، فكلها أمور تخضع بدرجة كبيرة للثقافة السائدة في مجتمع ما، فنرى أن الجسدنة تسود في المجتمعات الشرقية، إلا أن ذلك لا يعني أنها غير موجودة في المجتمعات الغربية، لكننا قد نغفل عنها أحياناً، وربما يمكن للغرب الاستفادة من بعض طرق العلاج الشرقية، وخير مثال على ذلك أثر الدعم العائلي للأمهات حديثات الولادة في الصين في تقليل نسبة الاصابة باكتئاب ما بعد الولادة، وهناك أيضاً إدراج فلسفة الزن في الجلسات العلاجية، وأثر ذلك على علاقة المريض بطبيبه، إذ يمكن الاستفادة من هذه الفلسفة في جلسات العلاج المعرفي، إلا أن كل ذلك لا يمكن أن يتحقق إلا بالمزيد من البحث الجاد، القائم على التجارب الموسعة، وليس على حالات فردية فقط، لا توفر الأدلة العلمية المطلوبة، مهما كانت مثيرة للاهتمام.

الفصل الرابع عشر

المستقبل

أعتقد أن كتابي هذا، في جزء منه على الأقل، كان بحثاً شخصياً في محاولة فهم الاكتئاب والتعرف على طرق علاجه والوقاية منه كما فعل برتون في كتابه «تحليل الكآبة»، وقد حصلت على معلومات كثيرة بالفعل لكنني لا أستطيع الإقرار أنني توصلت إلى فهم مرض الاكتئاب بالكامل. لقد عرفت أن خطوب الحياة يمكن أن تحفز الاكتئاب، وأن قابلية الشخص للتعرض للاكتئاب محكومة بالعوامل الوراثية والتركيب الجيني للفرد بقدر كبير، وكلها عوامل بيولوجية لا بد أن تؤخذ في عين الاعتبار، وإن كانت المعلومات المتوافرة عنها ضئيلة إلى حد ما مقارنة بأهميتها ودورها في مرض الاكتئاب، كذلك الحال بالنسبة إلى خطوب الحياة وتجارب الطفولة، التي يمكن تأطيرها ضمن نظرية التعلق والفقد وأثرها في تشويش الأفكار، لكننا لا نملك حتى الآن نظرية نفسية متماسكة توضح طبيعة حالة الاكتئاب التي تسيطر على الشخص بعد تعرضه لخطب ما أو مروره بتجربة مؤلمة، وأرجو أن تكون فكرة الحزن الخبيث سياقاً ممكناً لدراسة الاكتئاب من زاوية جديدة،

بالتركيز على الطبيعة البيولوجية والمرضية له، وكيفية تكون الحلقة المفرغة التي تربط الانفعالات بالمعرفة والأفكار الناشئة عنها.

لا يمكنني حتى الآن تقديم تفسير واضح ومحدد للاكتئاب، ولو اتيحت لي فرصة لسؤال واحد حول الاكتئاب، فربما أختار السؤال عن العلاقة بين العمليات النفسية والعمليات الأخرى في الدماغ، لأنني أعتقد أن هذه العلاقة هي أحد المفاتيح الأساسية لتعريف الاكتئاب. ومع أن الباحثين تقدموا كثيراً في هذا المضمار، فإن طريق المعرفة الأكيدة مايزال في بدايته. لقد تم التعرف إلى بعض أجزاء الدماغ المرتبطة بالاكتئاب، وبخاصة اللوزة، وتفاعلها مع أجزاء الدماغ الأخرى، لكن الموضوع مازال يحتاج إلى المزيد من البحث للكشف عن جميع أسرار تلك التفاعلات، وقد بتنا نعرف الآن أن تجارب الطفولة لها تأثير بعيد المدى على العمليات العقلية لدى الحيوانات، وأن مستوى الهرمونات والناقلات العصبية مرتبط بالاكتئاب ارتباطاً واضحاً، لكن الغموض يكتنف طبيعة هذا الارتباط وكيف يتحول الحزن العادي من خلاله إلى حزن خبيث يؤدي إلى الاكتئاب.

يحتاج مرض الاكتئاب إلى دراسات مستقبلية معمقة في عدة جوانب، لتزداد معرفتنا به كما حدث في موضوع العمليات الكيميائية التي تجري في الدماغ، إذ تبدو الدراسات في هذا الجانب مشجعة جداً وتدعو للتفاؤل، بالتوازي مع التطور المشهود في مجال تصنيع العقاقير المضادة للاكتئاب، التي تعمل على مساعدة

الناقلات العصبية على استعادة دورها الطبيعي وتوازنها. أما الجانب الآخر الذي نرجو أن يتطور في المستقبل فهو دقة تشخيص الاكتئاب، واتساق المعايير المستخدمة لقياس شدة حالاته، إذ تحتاج معايير مثل DSM- IV إلى المزيد من التطوير لتعطي نتائج متناسقة، وإن طبقها أطباء مختلفون. وأخيراً، فهناك جانب اختيار العلاج المناسب للمريض المناسب، ونتمنى أن يأتي البحث المستقبلي في هذا المجال بوسائل موثوقة تمكن الأطباء من اتخاذ القرار المناسب لعلاج مرضاهم.

يبدو لي أن جانب علاقة الاكتئاب بالجينات الوراثية سيشهد أبحاثاً مستفيضة في المستقبل، ولاسيما بعد تطور فهمنا لمرض السرطان وكيفية عمل الخلايا السرطانية، ولا يخفى على أحد بالطبع أن موضوع الجينات التي تؤثر في الاكتئاب موضوع معقد، نظراً لتعدد الجينات التي قد تحدد قابلية الشخص للإصابة بالاكتئاب، لذلك فمن الصعب التعرف عليها وتحديدها بدقة، لكن عندما يحدث ذلك ستكون هذه المعرفة فتحاً مبيناً في التعرف إلى الجوانب الأساسية في مرض الاكتئاب، إذ سيتمكن الأطباء من تحديد الجينات المسؤولة، ومن ثم ستطور نماذج منها على حيوانات التجارب لابتكار أدوية جديدة فيما بعد، وهو المجال الأهم بالنسبة إليَّ، لأن التطور في العلاج النفسي من خلال الجلسات العلاجية محدود للغاية، ويظل الأمل في علاج أفضل للاكتئاب مرتبطاً بالعقاقير الدوائية، وقد يبدو هذا الرأي على قدر من التشاؤم،

لكنني أوافق الشاعر بول فاليري في قوله: إن البشرية تتراجع نحو المستقبل ولا تتقدم.

هناك بعض المخاوف من التعرف على جينات الاكتئاب وتحديدها في المستقبل من الناحية الأخلاقية بسبب احتمال التمييز ضد من يحملون هذه الجينات، لكنني أعتقد أنها مخاوف تحمل الكثير من المبالغة، فقد أظهرت دراسات حديثة أن المصابين بالاضطرابات يرحبون بمثل هذه الأبحاث، وعبر معظم المصابين بالاكتئاب الهوسي عن رغبتهم في التوصل إلى اختبارات تحدد وجود هذه الجينات، لأن ذلك يمنحهم فرصة أفضل للبحث عن العلاج المناسب.

يظل السؤال الملح هنا، كيف يمكننا تقليص حالات الاكتئاب؟ وأي وسيلة تمكننا من تفادي الإصابة بهذا المرض، الذي أصبح يشكل عبئاً مادياً ضخماً يقدر بملايين الجنيهات بسبب الكلفة العالية للعلاج، وأيام العمل المهدرة بسبب عدم قدرة المريض على مواصلة حياته وعمله، ناهيك عن المعاناة والآلام التي يعانيها المريض، وتستمر أحياناً لسنوات طويلة يصبح فيها عالة على عائلته، ومجتمعه بدرجة قد تفوق المصاب بأمراض القلب أو السكري، أو التهاب المفاصل؟ لقد بلغت تكلفة المرض، في الولايات المتحدة وحدها، عام 1990، 44 بليون دولار أمريكي، وقد صرف ربع هذا المبلغ فقط على العلاج، منه 10٪ للعلاج بالعقاقير، في حين كان الباقي خسائر تكبدتها الدولة نتيجة غياب المريض عن عمله، أو

حالات وفاة مبكرة نتيجة للمرض.

من المعروف أيضاً، أن الاكتئاب يسبب تدهور حالة المريض المصاب بأمراض بدنية، إذ ينخفض معدل العمر لدى المصابين بالاكتئاب انخفاضاً ملحوظاً حتى مع استبعاد حالات الانتحار، فقد ترتفع احتمالات الوفاة دون سبب معروف لدى المصابين بالجلطات أو الأزمات القلبية خمسة أضعاف إذا كانوا يعانون من الاكتئاب، ولكن يمكن أن نعلل ذلك بارتفاع الروح المعنوية أو محاولة تجاهل الإصابة بين المرضى الذين لا يعانون من الاكتئاب على عكس أقرانهم من المصابين بالاكتئاب بالإضافة إلى أمراضهم البدنية، وقد وجدت دراسة أخرى تابعت حالة المصابين بالاكتئاب بعد 16 عاماً من دخولهم المستشفى أول مرة إثر إصابتهم بالاكتئاب، إن معدل الوفيات لديهم كان ضعف المعدل لدى غير المصابين، وأن خمس المصابين فقط تمتعوا بصحة جيدة، وتوفي أكثر من ثلثهم في حوادث مختلفة، أو تعرضوا لأنواع من الإعاقات، وظهر كذلك تاريخ طويل من التردد إلى المستشفيات لدى أكثر من نصفهم.

يمكنني أن أؤكد من خلال تجربتي الشخصية أن وصمة اجتماعية مازالت تلاحق المصابين بالاكتئاب حتى الآن، وقد ظهر لي ذلك بوضوح بعد أن أعلنت إصابتي على الملأ، إذ اتصل بي كثيرون يهنئونني على شجاعتي في إعلان المرض، لأنهم يعتقدون أن الاكتئاب وصمة عار على المكتئب لا يجوز أن يجاهر بها. أما بالنسبة إليَّ، فلم يكن الأمر يتطلب شجاعة تذكر لأنه لم يؤثر على

حياتي المهنية ولن يؤثر عليها، لكنني لاحظت بوضوح أن بعضاً من طلابي المصابين بالاكتئاب، أخذوا يشاركونني في مصابهم لأنهم يعلمون أنني مررت بالتجربة ذاتها، بيد أنهم كانوا يؤكدون دوماً ضرورة ألا يطلع أحد غيري على ما بهم. ومع ذلك فلا بد أن أعترف أنني أشعر أحياناً بثقل الوصمة التي يلقيها عليَّ المرض، لذلك أصر أن مرضي يرجع إلى أسباب بيولوجية محضة وليست نفسية. علينا أن نعترف أن عامة الناس لا يعرفون الشيء الكثير عن طبيعة الاكتئاب وأسبابه، ولا يدركون الفرق بين النظريات والطرق المتبعة لعلاجه، إلا أن التعرف إلى المرض حيوي جداً، ولاسيما بالنسبة إلى المصاب ذاته، إذ تساعده المعرفة على اختيار العلاج المناسب والتجاوب معه، وهناك أدلة تؤكد تجاوب المرضى في العلاج المعرفي تجاوباً أفضل عندما يتعرفون على نموذج الاكتئاب المعرفي، ويؤمنون بإصابتهم به.

يؤمن بعض الناس أن الاكتئاب ينتج عن خلل في العلاقات الاجتماعية، وصعوبات في التعاطي مع البيئة المحيطة، والتجارب الصادمة، بالإضافة إلى الصورة السلبية عن الذات. ويشترك المصابون بالاكتئاب مع غيرهم في هذه المعتقدات، إلا أن معظم المكتئبين يفضلون وجود تفسير بيولوجي لحالتهم على وجود تفسير نفسي، وقد يرجع ذلك إلى أن التفسير البيولوجي يعفيهم من مسؤولية المرض، ويتيح لهم استخدام مضادات الاكتئاب دون تردد، ومع ذلك فقد أظهرت دراسة موسعة شملت استطلاعاً

لآراء المصابين بالاكتئاب حول تعاطي مضادات الاكتئاب، أن أقل من خمس المشاركين في الاستطلاع أيدوا استخدام العقاقير لعلاج الاكتئاب، وظن معظمهم مخطئين أن مضادات الاكتئاب تسبب الإدمان عليها، كما عبر أكثر من 80٪ من المرضى عن ثقتهم في نجاعة العلاج النفسي في معالجة الاكتئاب.

بالعودة إلى الوصمة التي يحملها الاكتئاب، يعتقد معظم الناس أن الاكتئاب مرتبط بعدم التوازن والعصاب، لذلك يأبى نصف المصابين بالاكتئاب تقريباً استشارة طبيب مختص، كي لا يزعجوه بما لديهم، أو لأنهم يخجلون من الافصاح عن حالتهم، ولاتزال هذه الوصمة قوية ومسيطرة، وهي تدفع الأمهات اللواتي أصبن باكتئاب ما بعد الولادة إلى إنكار إصابتهن، ومحاولة نسيان تلك التجربة، لأنهن يعتقدن أنها كانت تجربة مهينة ومخزية، بل إن بعض الأطباء الذين أصيبوا بالاكتئاب يشكون من سوء المعاملة، وقلة الدعم الذي تلقوه من زملائهم في المهنة.

لا عجب إذن، مع وجود وصمة كهذه، أن يتهرب المريض من تشخيص مرضه وعلاجه. أما المثير للقلق فعلاً، فهو استهتار الدول والحكومات بذلك، ففي الولايات المتحدة مثلاً يبقى أكثر من نصف المصابين بالاكتئاب دون تشخيص أو علاج، كما يعاني 30٪ من مراجعي عيادات الأطباء عموماً من أحد أنواع الاضطرابات المتعلقة بالاكتئاب، لذلك فقد أعلنت الكلية الملكية للأطباء النفسيين عن حملة تمتد خمس سنوات بعنوان: «حملة الانتصار على

الاكتئاب»، تهدف إلى تغيير موقف العامة من المرض وتحسين نوعية التشخيص والعلاج لمرض الاكتئاب، فربما يرجع إخفاق الأطباء في تشخيص المرض أحياناً إلى نقص في المهارات التي تعلموها في هذا المجال، إذ لا يندرج تشخيص الاكتئاب ضمن تدريب الطبيب أحياناً. وقد يصف الطبيب جرعات مخففة من مضادات الاكتئاب لمريضه فترة قصيرة، فلا تجدي نفعاً في علاج المريض، أما المرضى كبار السن فمشكلتهم الرئيسة مع العلاج خوفهم من الإدمان على مضادات الاكتئاب إذا بدأوا تناولها بوصفة طبية.

يعالج الطبيب العام في بريطانيا نحو 90٪ من حالات الاكتئاب والقلق أو خليطاً من الحالتين، يشكو أصحابها في الغالب من أعراض جسدية وليست نفسية، إذ إن نسبة ضئيلة جداً من المرضى يعبرون عن مشاعر القلق أو الحزن في عيادة الطبيب، وتنصب شكواهم على العوارض الجسدية فقط، مما يصعب مهمة الطبيب في تشخيص الاكتئاب وعلاجه، وإذا علمنا أن الطبيب العام في بريطانيا يقابل حوالي 500 مريض بالاكتئاب أو القلق سنوياً، سندرك حجم المشكلة بالتأكيد، لأن ذلك يعني وجود مليون مريض سنوياً يتم إدخال عدد قليل منهم إلى المستشفيات لإصابتهم بالاكتئاب الحاد، حيث يحتلون أقل من نصف عدد الأسرة المخصصة للأمراض النفسية، أما الباقون فلا يصلون إلى الاختصاصيين مطلقاً، ولذلك يظل العبء الرئيس في التعرف إلى الاكتئاب، ويبقى علاجه منوطاً بالطبيب العام الذي يقابله المريض

في المرة الأولى، وليس ذلك بالأمر اليسير، إذ تعاني معظم العيادات من ضغط المراجعين وضيق الوقت، علاوة على رفض المرضى تقبل فكرة المرض النفسي، وهكذا قد يحدث بعض التواطؤ بين المريض والطبيب أحياناً لتجاهل تشخيص الاكتئاب تشخيصاً واضحاً، وهو تواطؤ يخدم دون شك مصالح الطرفين، فهو ينقذ المريض من مواجهة إصابته بالاكتئاب، وما يحمله ذلك من وصمة اجتماعية مزعجة، ويوفر على الطبيب الخوض في التاريخ الطبي المفصل للمريض، ويجنبه التعامل مع مشكلة نفسية معقدة، بالإضافة إلى توفير وقت الطبيب الثمين جداً.

غالباً ما يصف الطبيب العام العقاقير المضادة للاكتئاب خياراً أول لمرضاه، ولا يصف العلاج النفسي مع أنه علاج يخلو من الأعراض الجانبية مقارنة بالعلاج الكيميائي، وربما يرجع ذلك إلى سرعة وصف مضادات الاكتئاب الموجودة بكميات وفيرة في كل مكان. أما المعالجون النفسيون فهم ندرة، وغالباً ما ينتظر المريض مدة طويلة قبل أن يحصل على موعد مع طبيب نفسي، كما أن تكاليف جلسات العلاج النفسي باهظة الثمن مقارنة بالعقاقير، ولا بد أن نتذكر أن سياسة برنامج الرعاية الصحية، الذي يشمل جميع المواطنين في بريطانيا، تقوم على توفير الرعاية المناسبة مع أخذ كلفة العلاج بعين الاعتبار، ومع ذلك فإنني أعتقد أن الكلفة النهائية لكلا العلاجين قد لا تختلف كثيراً، أما في الولايات المتحدة فإن شركات التأمين الصحي عموماً ترفض أن تتحمل تكاليف

العلاج النفسي.

هناك أمر آخر لا بد من إضافته في هذا السياق وهو جهل بعض الأطباء بطرق العلاج النفسي، وفاعلية العلاج، لذلك فهم لا يصفونه عادة لمرضاهم. أما بالنسبة إلى المرضى، فقد يفضلون العقاقير المضادة للاكتئاب على علاتها، لأنهم يرون أن جلسات العلاج النفسي تستغرق مدة طويلة قبل أن يظهر مفعولها الإيجابي مقارنة بالعقاقير التي يشعر المريض بمفعولها خلال فترة وجيزة نسبياً.

يواجه الطبيب مشكلة صعبة حين تتعلق حالة المريض بظروفه الاجتماعية وعلاقاته الخاصة، إذ كيف يمكن للطبيب تحديد التدخل المطلوب؟ وهل يمكنه أن يطلب من المريض التخلص من العلاقات المعيقة لسير حياته؟ أم هل يصف له مضادات الاكتئاب للتغلب على ما يشعر به؟ أو ربما يحيله إلى العلاج النفسي إن توفر. وعلينا أن نتذكر بالطبع أن 40٪ من المرضى يتحسنون تلقائياً بعد فترة من الزمن دون الحاجة إلى علاج محدد، وبمساعدة الاختصاصيين الاجتماعيين لا أكثر، فقد تكون الظروف الحياتية للمريض من فقر أو بطالة أو حياة بائسة هي السبب الرئيس لاكتئابه، فإذا تغيرت الظروف المحيطة به تغير مزاجه العام وتغلب على الاكتئاب، كما يمكن للمريض أن يستفيد من زيارته للمستشفى بين الحين والآخر لتلقي بعض العناية والإرشادات المفيدة.

يوجد في بريطانيا عدد كبير من المؤسسات والمنظمات الخيرية

لمساعدة مرضى الاكتئاب مثل منظمة «حلف الاكتئاب»، التي يبلغ عدد أعضائها زهاء 4000 عضو، يتلقون 50000 طلب سنوياً تقريباً حول المعلومات المتعلقة بالاكتئاب. أما منظمة «ساين»، فتتلقى أكثر من 1000 مكالمة أسبوعياً من أشخاص مصابين بالاكتئاب يطلبون العون والمساعدة، هذا بالإضافة إلى آلاف الكتيبات التي تشرح الحالات المختلفة للاكتئاب، وتقدم مزيداً من المعلومات للمصابين وذويهم بهدف زيادة الوعي بهذا المرض وطرق علاجه والوقاية منه، ويضاف إلى ذلك عدد كبير من الكتب التي تقدم طرق العلاج الذاتي، التي يمكن للمريض بالاكتئاب الاستفادة منها، دون اللجوء للطبيب.

بالنسبة إلى اكتئاب ما بعد الولادة، تفضل كثير من السيدات اللجوء إلى مجموعات الدعم والمساعدة الذاتية على اللجوء إلى الأطباء المختصين، وقد أثبتت هذه المجموعات فاعليتها في مساعدة السيدات، لأنهن يتواصلن من خلالها مع سيدات أخريات مررن بالتجربة ذاتها، كما تلعب القابلات دوراً جوهرياً كذلك في التغلب على أعراض اكتئاب ما بعد الولادة من خلال الدعم الذي يقدمنه في الشهور الأولى بعد الولادة، وهو دعم مهم جداً، ولاسيما إذا علمنا أن اكتئاب الأم بعد الولادة يؤثر سلباً على طفلها الصغير في وقت لاحق، فقد أثبتت دراسات أجريت على أطفال في الثالثة من عمرهم تعرضت أمهاتهم لاكتئاب ما بعد الولادة، أن تحصيلهم الفكري كان أقل من أقرانهم، وأن الاضطرابات الحادة التي تصيب

الأم تؤثر على مستوى الوظائف المعرفية لطفلها على المدى البعيد.

لقد كان هناك عدد من المحاولات لعلاج الاكتئاب، إلا أنها لم تخضع بعد لتجارب سريرية لإثبات نجاعتها على المرضى، ومنها العلاج بالتمارين الرياضية واليوغا والصلاة ومجموعات الدعم وغيرها، ويعبر أحد المرضى عن تجربته مع مجموعات الدعم بقوله: «وجودي ضمن مجموعة من الناس تعاني ما أعاني بعيداً عن الوصمة الاجتماعية والتحيز علاج في حد ذاته.. ويخلق ذلك قوة كبيرة تساعد في شفاء المجموعة، ومن ثم شفائي أنا شخصياً».

هناك أيضاً طريقة أخرى للمساعدة على تخطي الاكتئاب وهي زيادة كمية مادة «الترابتوفان» في الغذاء الذي يتناوله الفرد، وهذه المادة هي المكون الأساسي لمادة السيراتونين المسؤولة عن المزاج العام الشخص، أما الأغذية الغنية بمادة الترابتوفان فتشمل الحليب، ولحم ديك الحبش، وحبوب الصويا، والجبن الأبيض، وبذور القرع، والتوفو، واللوز.

يلقي الاكتئاب بظله القاتم على المريض وعائلته، وبخاصة إذا كان اكتئاباً أوبياً يعاود المريض عدة مرات، وتظهر الإحصائيات أن ربع الأزواج ينفصلون إذا عانى أحدهما من الاكتئاب، لذلك يحرص المعالجون والباحثون على مساعدة عائلة المريض قدر الإمكان بإشراكهم في خطة العلاج، التي قد تبدأ بالحرص على تناول العقاقير المضادة للاكتئاب بانتظام، وتستمر بمراقبة حالة المريض وتفادي انتقاده بسبب الاكتئاب، أو حثه على انتزاع نفسه

بقوة مما هو فيه، إذ إن هذا النوع من الإلحاح قد يأتي بنتائج عكسية تماماً ويسرع بعودة الاكتئاب، وما على العائلة إلا مراقبة المريض ومساعدته إذا طلب المساعدة، أما إذا عاد المريض بعد شفائه من الاكتئاب إلى الاستيقاظ مبكراً جداً، أو ظهرت عليه أعراض التوتر والعصبية، فقد تكون تلك مقدمة لعودة الاكتئاب من جديد، فعلى العائلة التدخل قبل تفاقم الأعراض.

قد يدهش المرء من حقيقة ارتفاع نسبة الانتحار بين المرضى الذين يراجعون المختصين بالفعل، وتزداد هذه النسبة زيادة كبيرة بين أولئك الذين حاولوا الانتحار سابقاً، فعادة ما يكرر المريض محاولته مرة أخرى، لذلك نجد في بريطانيا منظمات خيرية كثيرة تعنى بتقديم العون والمشورة لهؤلاء، ولاسيما منظمة «السامريون» ومنظمة «ساين»، إذ تتلقى كل منهما آلاف المكالمات أسبوعياً من أشخاص وصلوا إلى حافة هاوية اليأس، وقرروا التخلص من حياتهم.

هناك بعض المحاولات لإقرار دروس خاصة عن الاكتئاب ضمن مناهج الصحة في المدارس تتوجه للطلاب، ولاسيما من هم ضمن الفئة العمرية 10 إلى 13 سنة لأنهم عرضة للوقوع في الاكتئاب أكثر من غيرهم، وقد تظهر عليهم أعراض مصاحبة للاكتئاب مثل التأخر الدراسي، ونشوء المشاكل مع أقرانهم، ويتعلم الأطفال في هذه الدروس آليات معرفية خاصة تمكنهم من التعامل مع مشاكلهم بطريقة أفضل، كما يتعلمون كيف يتعرفون على طبيعة

الاكتئاب، وكيف يواجهونه. وقد أظهرت هذه الدروس نتائج مشجعة للغاية في المدارس التي طبقتها، وهو أمر مبشر، وبخاصة إذا علمنا أن طالباً من بين كل عشرة طلاب سيصاب بالاكتئاب الحاد في فترة من فترات حياته.

أخيراً أعتقد أن خبرتي مع مرض الاكتئاب تؤهلني لتوجيه بعض النصح للمرضى وعائلاتهم، وأول ما يمكنني أن أؤكده للمرضى أن الاكتئاب مرض خطير، ولا بد أن يتم التعامل معه بكل جدية، لكنه مع ذلك لا يدعو للخجل، وما على المريض إلا اسشارة الاختصاصيين للتعامل مع المرض. أما الأفراد المقربون من المريض والذين يعتنون به، فعليهم التعرف على طبيعة المرض دون التقليل من جديته، أو محاولة دفع المريض للتعامل معه بنفسه، إذ لا بد أن يكون ذلك تحت إشراف الأطباء والمعالجين، كما أنصح المرضى بالتوجه نحو العلاج النفسي، ولاسيما المعرفي، إذا كان نوع الاكتئاب يسمح بذلك، أما إذا كان الاكتئاب حاداً، فعليهم أن يبدأوا بمضادات الاكتئاب حتى تتحسن حالتهم بما يكفي للتوجه للعلاج النفسي. لا بد لي أيضاً أن أنصح المرضى بمعرفة أكثر ما يمكن عن طبيعة الاكتئاب وأعراضه، إذ تدعمهم هذه المعرفة عند محاولة اختيار العلاج المناسب، وفي فهم الحالة عموماً، وأخيراً إذا تمكن المريض من ممارسة بعض الرياضة، فإنني أنصحه ألا يتوانى عن ذلك لما فيه من فائدة، وكما يقول بيرتون في نهاية كتابه «تحليل الكآبة»: «لا تكن خاملاً».

المصطلحات الواردة في الكتاب

Cognitive therapist	اختصاصي العلاج المعرفي
humors	أخلاط الجسم
Conditioning	الارتباط الشرطي
Atrial fibrillation	ارتجاف الأذين
Hereditary disposition	استعداد وراثي
Bereavement	الأسى
Recurrent depressive disorder	اضطراب الاكتئاب المتكرر
Seasonal affective disorder (SAD)	الاضطراب الانفعالي الموسمي
Avoidant personality disorder	اضطراب الشخصية الاجتنابية
Generalised Anxiety disorder	اضطراب القلق العام
Post–traumatic stress disorder	اضطراب الكرب التالي للصدمة
Mood disorder	اضطراب المزاج
Affective disorder	اضطراب عاطفي
Arrhythmia	اضطراب نظم القلب
Seasonal affective disorders (SAD)	الاضطرابات العاطفية الموسمية
Primary disorders	اضطرابات أولية
Secondary disorders	اضطرابات ثانوية
Mental disorders	اضطرابات عقلية
Automatic negative thoughts	الأفكار السلبية التلقائية

Depression	اكتئاب
Unipolar depression	اكتئاب أحادي القطب
Masked depression	الاكتئاب المقنع
Involutional depression	اكتئاب أوبي
Reactive depression	اكتئاب تفاعلي
Bipolar depression	اكتئاب ثنائي القطب
Severe depression	اكتئاب حاد
Mild depression	اكتئاب خفيف
Major depression	اكتئاب شديد
Post natal depression	اكتئاب ما بعد الولادة
Chronic depression	اكتئاب مزمن
Manic depression	اكتئاب هوسي
Eczema	أكزيما
Kidney disease	أمراض الكلى
Chemical pathology	الأمراض الكيميائية
Anomic suicide	الانتحار بسبب الانبتات
Medical anthropology	الأنثروبولوجيا الطبية
Endogenous	باطني المنشأ
Psychoanalysis	التحليل النفسي
Multiple sclerosis	التصلب اللويحي
Attachment	التعلق
Brain damage	تلف الدماغ
Cystic fibrosis	التليف الكيسي
Rheumatoid	التهاب المفاصل
Brain stem	جذع الدماغ
Somatisation	الجسدنة- أعراض جسمانية

Sympathetic nervous system	الجملة العصبية الودية
Emotional state	الحالة الانفعالية
Spinal cord	الحبل الشوكي
Measles	الحصبة
Hippocampus	الحصين
Exogenous	خارجي المنشأ
Life events	خطوب الحياة
Interpersonal fear	الخوف من الآخرين
Huntington's disease	داء هنتنغتون
Hindbrain	الدماغ الخلفي
Steroid	ستيرويد
Serotonin	سيراتونين
Post-partum	شجن النفاس
Low self- esteem	الشعور بالتفاهة
Trauma	صدمة
Clinical psychiatry	الطب النفسي السريري
Psychiatrist	الطبيب النفسي
St John's wart	(عشبة سانت جون) عشبة يحيى
Neurotic	عصابي
Neuron	العصبون- الخلية العصبية
Interpersonal therapy	العلاج الذاتي التفاعلي
Cognitive behavioural therapy	العلاج السلوكي المعرفي
Supportive psychotherapy	العلاج النفسي التدعيمي
Psychodynamic therapies	العلاج النفسي الحركي
Acupuncture	علاج الوخز بالإبر
Epidemiology	علم انتشار الأوبئة

Thyroid	الغدة الدرقية
Adrenal gland	الغدة الكظرية
Pituitary gland	الغدة النخامية
Cushing's syndrome	فرط نشاط قشر الكظر
Temporal lope	الفص الصدغي
Semen loss	فقدان المني
Prefrontal cortex	القشرة الجبهية الأمامية
Anterior cingulate	القشرة الحزامية الأمامية
Cortex	قشرة الدماغ
Medial orbital cortex	القشرة المدارية الوسطى
Melancholy	الكآبة
Distress	الكدر
Acute stress	الكرب الحاد
Chronic stress	الكرب المزمن
Amygdala	اللوزة الدماغية
Beta blockers	مانعات بيتا
Continuum	متسلسلة
Chronic fatigue syndrome	متلازمة الإرهاق المزمن
Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)	مثبطات امتصاص السيراتونين
HPA axis	محور الوطاء
Renal colic	المغص الكلوي
Melancholy	ملنخوليا– السوداوية
Involutional melancholy	ملنخوليا أوبية
Stimulus	منبه
Locus coeruleus	المنطقة النيلية في الدماغ
Thalamus	المهاد

Sensory thalamus	المهاد الحسي
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Attribution theory	نظرية العزو
Mumps	النكاف
regress	نكوص- ارتداد
Neurasthenia	النهك العصبي- التهاب العصب
Panic attacks	نوبات الهلع
Noradrenaline	نورادرينالين
Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)	هرمون الكظر القشري الاغتذائي (حاثة القشرة)
Hypochondria	وسواس المرض
Stigmatization	وصمة
Hypothalamus	الوطاء- الهيبوثالامس

جدول مضادات الاكتئاب

الاسم العلمي	الاسم التجاري في الولايات المتحدة الأمريكية	الاسم التجاري في المملكة المتحدة
Tricyclics		
Imipramine	Tofranil	Tofranil
Amitripyline	Elavil\Endep	Tryptizol\Lentizol
Nortriptyline	Aventyl	Allegron
Clomipramine	Anafranil	Anafranil
Protriptyline	Vivactil	Concordin
Doxepin	Sinequan	Sinequan
Trimipramine	Surmontil	Surmontil
Dothiepin	Doxepin	Prothiaden
Lofepramine		Gamanil
Specific Serotonin Uptake Inhibitors – SSRIs		
Citalopram		Cipramil
Fluvoxamine	Luvox	Faverin
Fluoxetine	Prozac	Prozac
Paroxetine	Paxil	Seroxat
Sertraline	Zoloft	Lustral
Venlafaxin	Effexor	Efexor
Monoamine Oxidase Inhibitors – MAOIs		
Phenelzine	Nardil	Nardil
Tranylcypromine	Parnate	Parnate
Moclobemide	Mannerix	
Other antidepressants		
Mirtazapine	Remeron	Zispin
Nefazodone	Serzone	Dutonin
Viloxazine		Vivalan
Buproprion	Welbutrin	
Drugs For Manic Depression		
Lithium Carbonate		
Carbamazepine	Eskalith\Lithobid	Camcolit\Priadel
Sodium valproate	Tegretol	Tegretol
	Depakote	Epilim

المراجع

تغطي المراجع الآتية معظم المواضيع المطروحة في الكتاب. أما المواضيع الخاصة بكل فصل على حدة، فقد أدرجت مراجعها تحت عنوان الفصل.

- المواضيع العامة:

Checkley, S.(ed.) 1998), *The Management of Depression*. Blackwell Science, Oxford.

Hammer, C. (1997), *Depression. Psychology* Press, Hove.

Honig, A., and van Praag, H.M. (eds.) (1997), *Depression*:

Neurobiological, psychopathological and therapeutic approaches.Wiley, Chichester.

Paykel, E.S.(ed.) (1992), *Handbook of affective disorders*, Churchill Livingstone, Edinburgh.

- تقديم:

Burton, R. (1651), *The Anatomy of melancholy*. Ed.T.C. Faulkner et al. 1989-94. Clarendon Press, Oxford.

- الفصل الأول: تجربة الاكتئاب في الماضي والحاضر

Gotlib, I.H. and Hammen, C.I. (eds) (2002), *Handbook of depression*. Guildford Press, New York.

Jackson, S.W. (1986), *Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times*. Yale University, New Haven.

Porter, R. (ed.) (1991), *The Faber book of madness*. Faber , London.

Solomon, A. (1998), 'Anatomy of melancholy', *The New Yorker*, 12 January , 46-61.

Styron, W. (1991), *Darkness visible*, Picador, London.

Wong, M.L. and Licinio, J. (2001) 'Research and approaches to depression.' *Nature Reviews: Neuroscience* 2,343-351.

- الفصل الثاني: تعريف الاكتاب وتشخيصه

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4thedn., American Psychiatric Association, Washington.

Goodyer, I. (1993), 'Depression among pupils at school'.*British Journal of Special Education* 20,51-4.

- الفصل الثالث: الهوس

Jamison, K.R. (1995), *An unquiet mind*. Picador, London.

Winokour, G. (1991), *Mania and depression. A classification of syndrome and disease*. John Hopkins University Press, Baltimore.

- الفصل الرابع: الثقافات الأخرى

Jadhav, S. (1996), 'The Cultural origins of Western depression'. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 269-86.

Kleinman, A. (1988) *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press. New York.

Kleinman, A., and Cohen, A. (1997), Psychiatry's global challenge. *Scientific American* , May, 74-7.

Kleinman, A., and Good, B. (eds.) 1985) *Culture and depression*.

University of California Press, Berkeley.

Littlewood, R., and Lipsedge, M. (1997), *Aliens and Alienists: ethnic minorities and psychiatry*. Unwin Hyman, London.

Reguram, R. et al. (1996), Stigma, depression and somatization in South India. *American Journal of psychiatry* 153, 1043-9.

Weiss, M.G.et al. (1995), Cultural dimensions of psychiatric diagnosis, *British Journal of Psychiatry* 166, 353-9.

المراجع

– الفصل الخامس : لماذا يتعرض أشخاص بعينهم للاكتئاب؟

Bland, R.C. (1997), Epidemiology of affective disorders, *Canadian Journal of Psychiatry* 42, 367-77.

Caspi, et al. (2003), 'Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene'. *Science* 301, 386-389.

Cooper, P.J., and Murray, L., 'Postnatal depression.' *British Medical Journal* 316, 1884-6.

Faraone, S.U.,and Biederman, J. (1998), 'Depression: a family affair'. *Lancet* 351, 158.

Fombonne, E. (1994), 'Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems'. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994- 1-12.

Harris, T., and Brown, G. W. (1996), 'Social causes of depression.'*Current Opinions in Psychiatry* 9,3-10.

Katona,C.et al. (2005), 'Pain symptoms in depression: definition and clinical significance.' *Clinical Medicine* 5, 390-395.

Kessler, R.C. et al. (1997), 'Prevalence, Correlates and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey'. *Journal of affective disorders* 45, 19-30.

Kessler, R.C., and Magee, W.J. (1993), 'Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey'. *Psychological Medicine* 23, 679-90.

Kleinman, A. (1996), 'China : The Epidemiology of Mental Illness.' *British Journal of Psychiatry* 169, 129-30.

Lepin, J. P. et al. (1997), 'Depression in the community; the first pan European study.'*International Clinical Psychopharmacology* ·12, 19-20.

McGuffin, P.et al. (1996), 'A hospital–based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression.'*Archives General Psychiatry* 53, 129-36.

Paykel, E.S. (1991), Depression in women, *British Journal of Psychiatry* 158, (suppl.) 22-9.

Robertson, M.M., and Katona, C.L.E. (eds) (1997), *Depression and Physical Illness*. Willey , Chichester.

Weissman, M.M., and Olfson, M. (1995), 'Depression in women: implications for health care research.' *Science* 269, 799- 801.

Wittchen, H.-A.et al. (1994), 'Lifetime risk of depression.' *British Journal of Psychiatry* 165 (suppl.26), 16-22

Wurtman, R. J., and Wurtman, J.J. (1989), 'Carbohydrates and depression'. *Scientific American*, January, 50-7.

– الفصل السادس: الانتحار

Alvarez, A. (1971), *The Savage God. A study of suicide*, Penguin, London.

Brown, P. (1997), 'No way out.' *New Scientist*, 22 March, 34-7.

Holden, C. (1992), 'New discipline probes suicides multiple causes'. *Science* 256, 1761-2.

Takahashi, Y. (1997), 'Culture and suicide : from Japanese psychiatrist's perspective'. *Suicide and life threatening behaviour* 27, 137-45.

– الفصل السابع : الانفعال والتطور والحزن الخبيث

Izard, C. E. (1991), *The psychology of emotions*. Plenum, London.

Jamison, K. R. (1994), *Touched with fire, Manic depressive illness and the artistic temperament*. Free Press, New York.

Nesse, R. M., and Williams, G. C. (1995), *Evolution and healing*.

Weidenfeld and Nicolson, London.

Pinker.S. (1997), *How the mind works*, Allen Lane. The Penguin Press, London.

Price J. et al. (194), 'The social competition hypothesis of depression.' *British Journal of Psychiatry* 164, 309-15.

– الفصل الثامن : التغيرات النفسية

Beck, A. (1991), 'Cognitive therapy, a 30- year retrospective' *American Psychology* 46, 368-75.

Bowlby, J. (1981), Attachment and loss, Volume III: *Loss : sadness and depression*. Penguin, London.

المراجع

Brewin, C.R. (1996), 'Theoretical foundation of cognitive behaviour therapy for anxiety and depression.' *Annual Review of Psychology* 47, 33-57.

Brenner, C. (1991), 'A psychoanalytic perspective on depression.' *Journal of the American Psychoanalytic Association* 39, 25-42.

Brewin, C.R. (1996), 'Cognitive processing of adverse experiences.' *International Review of Psychiatry* 8, 333-9.

Ekman, P. (1992), 'An argument for basic emotion.' *Cognition and Emotion* 6, 109-200.

Ellis, H. D. et al. (1996), 'Delusional misidentification of inanimate objects.' *Cognitive Neuropsychiatry* 1, 27-40.

Goldman, D. (196), 'High anxiety.' *Science* 274, 1483.

Holmes, J. (1993), *John Bowlby and Attachment Theory*. Routledge, London.

Kristeva, J. (1989), *Black Sun*. Columbia University Press.

Parkes, C. M. (1996), *Bereavement. Studies of grief in adult life*. Routledge London.

Parkes, C. M. et al. (1996), *Cross – cultural studies of death and bereavement*. Routledge, London.

Peterson, C. et al. (1993), *Learned helplessness*. Oxford University Press, Oxford.

Rutter, M. (1995), 'Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect.' *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 549-71.

Sanders, C. M. (1989), *Grief: The Mourning After*.Wiley, New York.

Steele, H., and Steele, M. (1998), 'Attachment and psychoanalysis: time for a reunion.' *Social Development* 7, 92-118.

Suomi, S. J. (1997), 'Early determinants of behaviour: evidence from primate studies.' *British Medical Bulletin*, 53, 170-84.

Williams, J.M.G (1992), 'Autobiographical memory and emotional disorders.' In S. A Christianson (ed.), *Handbook of Emotion and Memory*. Erblaum, New Jersey.

- الفصل التاسع: التفسيرات البيولوجية والدماغ

Damasio. A. R. (1997), 'Towards a neuropathology of emotion and mood.' *Nature* 386, 769-70.

Drevets, W.C. (1998), 'Functional neuro imaging studies of depression.' *Annual Review of Medicine* 49, 341-61.

Fink, G. et al. (1998), 'Sex, hormones, your mood and memory.' *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 25, 764-75.

Goodyer, I. M. et al. (1998).'Adrenal steroid secretion and major depression in 8- to -16 year olds.'*Psychological Medicine* 28, 265-73.

Herbert, J. (1997), 'Stress the brain and mental illness.' *British Medical journal* 318, 530-5.

Hyman, S. E. (1998), 'A new image for fear and emotion.' *Nature* 393, 417-18.

Kramer, M.S. et al. (1998), 'Distinct mechanism for antidepressant activity by blockade of central substance P receptors.' *Science* 281, 1640- 5.

Knutson, B. et al. (1998), 'Selective alteration of personality and social behaviour by serotonergic intervention.' *American Journal of Psychiatry* 15, 373-9.

Le Doux, J. (1998), *The emotional brain*. Weidenfeld and Nicolson, London.

Mlot, C. (198), 'Probing the biology of emotion.' *Science* 280, 1005-7.

Nemeroff, C. B(198) 'The neurobiology of depression.' *Scientific American, June*, 198, 28-35.

Ongur, D. et al. (1998) 'Glial reduction in the sub–genual prefrontal cortex in mood disorders.' *Proceedings of the National Academy of Science*.95, 13290-5.

Sapolsky, R. M. (1997), 'The importance of the will–groomed child' *Science* 277, 1620-1.

- الفصل العاشر: مضادات الاكتئاب والعلاج البدني

Briley, M., and Montgomery, S. (eds.) (1998) *Antidepressant therapy at the dawn of the third millennium*. Martin Dunize, London.

Healy, D. (1997), *The antidepressant era*. Harvard University Press, Cambridge.

Frank, L.R. (1978), *The history of shock treatment*. Frank Leroy: San Francisco.

Freeman, C. P. (ed.), (1995), *The ECT handbook*. Royal College of Psychiatrists, London.

Wurtzel, E. (1994). *Prozac Nation*, Riverhead, New York.

- الفصل الحادي عشر: العلاج النفسي

Blackburn, I. D, M. and Davidson, K. (1995), *Cognitive Therapy for depression and anxiety*. Blackwell Science, Oxford.

Paykel E. S. (1994), 'Psychological therapies.' Acta Psychiatrica Scandinavica 89, (suppl.) 383, 35-41.

Shapiro, D. (1995), 'Finding out how psychotherapists help people change.'*Psychotherapy Result* 5, 1-21.

- الفصل الثاني عشر: حلول مجدية

Antonuccio, D. et al. (1997), 'Depression: Psychotherapy is the best medicine.' The Therapist, 4, 30-40.

Brown, W.A. (1998), 'The placebo effect.' *Scientific American*, January 68-73.

Geddes, J. R. (1999), 'Depressive disorders in adults.' *Clinical Evidence* I, 45-55, BMJ Publishing Group, London.

Horgan, J. (1996), 'Why Freud isn't dead.' *Scientific American*, December 74-9.

Knowing our Minds.A survey of how people in emotional distress take control of their lives. (1997), Mental Health Foundation, London.

Roth, A., and Fonagy, P. (1996), *What work and for whom? A critical review of psychotherapy research*. Guildford, New York.

- الفصل الثالث عشر: رحلة إلى الشرق

Chen, C.E. (1995), 'Anxiety and depression: East and West.' *International Medical Journal* 3, 3-5.

Ono, Y., and Berger, D. (1995), 'Zen and the art of psychotherapy.'*Journal of Practical Psychology and Behavioural Health*, Nov. 203-10.

- الفصل الرابع عشر: المستقبل

Eisenberg. L. (1992), 'Treating depression and anxiety in primary care.
Closing the gap between knowledge and practice.'*New England Journal of Medicine* 326, 1080-3.

Jaycox, L. H. et al. (1994), 'Prevention of depressive symptoms in school children.' *Behav*.Res Ther, 32, 801-16.

Kuyken, W. et al. (1992), 'Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons.'*British journal of Medical Psychology* 65, 257-68.

Payke,l E.S. et al. (1997), 'The Defeat Depression Campaigns: Psychiatry in the public arena.' *American Journal of Psychiatry* 154, 59-65.

Trippitelli, C. L. (1998), 'Pilot study on patients' and spouses' attitudes towards potential genetic testing for bipolar disorders.' *American Journal of Psychiatry* 15, 899-904.